



MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO

Boletim de Serviço - Ano XXI - nº 06 – Suplemento - junho de 2008

SUMÁRIO

Conselho Gestor do PLAN-ASSISTE.....	01
Comissão Diretora do PLAN-ASSISTE.....	35
Expediente.....	37

CONSELHO GESTOR DO PROGRAMA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO – PLAN-ASSISTE

Norma Complementar nº 02, de 26 de maio de 2008.

Altera a Norma Complementar nº 1, de 21 de dezembro de 2007

O CONSELHO GESTOR, no uso da atribuição que lhe confere o art. 56, inciso V, do Regulamento Geral do PROGRAMA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO – PLAN-ASSISTE, aprovado pela Portaria PGR/MPU n.º 629, de 6/12/2007, e de acordo com o deliberado na 4ª Reunião, resolve aprovar a seguinte Norma Complementar:

Art. 1º O arts. 1º e 2º da Norma Complementar nº 1, de 21 de dezembro de 2007 passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 1º

II –

c) os pais, o padrasto ou madrasta que constem como dependentes ou pensionistas na declaração de imposto de renda do titular, até o limite previsto na legislação tributária;

d) os filhos e os enteados, tidos como dependentes perante a legislação tributária, ou se solteiro e estudante de curso de ensino regular, reconhecido pelo Ministério da Educação, até a data que completar 24 (vinte e quatro) anos;

III –

00) os filhos e enteados, não dependentes perante a legislação tributária, até a data em que completar 24 (vinte e quatro) anos, não estudantes, desde que solteiros e vivam na dependência econômica do titular;”

“Art. 2º As condições de dependência a que se referem os incisos II e III do artigo anterior deverão ser comprovadas mediante apresentação da seguinte documentação:

III – declaração renovada anualmente, para os beneficiários listados nas alíneas “c”, “d” e “e” do inciso II, do art. 1º desta Norma, acompanhada de parte da declaração de imposto de renda do titular em que conste(m) o(s) mesmo(s).

§ 3º O PLAN-ASSISTE procederá a comprovação de dependência mediante consulta ao cadastro do Órgão de Pessoal, quando não se tratar da hipótese prevista no Inciso III deste artigo.”

Art. 2º O art 4º da Norma Complementar nº 1, de 21 de dezembro de 2007, passa a vigorar acrescido dos seguintes parágrafos:

“§ 6º O membro ou servidor que não seja beneficiário do PLAN-ASSISTE e que na data da instituição da contribuição suplementar pelo Regulamento Geral se encontrava impossibilitado de aderir ao Programa em razão do disposto no art. 8º, inciso I, do referido Regulamento, terá o prazo de 60 (sessenta) dias, mencionado no parágrafo anterior, contado a partir de seu retorno ao MPU.”

“§ 7º O membro ou servidor que não seja beneficiário do PLAN-ASSISTE e que na data da instituição da contribuição suplementar pelo Regulamento Geral se encontrava impossibilitado de aderir ao Programa em razão do disposto no art. 11, inciso II, alínea “b”, do referido Regulamento, terá o prazo de 60 (sessenta) dias, mencionado no § 5º, contado a partir do momento em que cessar a impossibilidade de adesão.”

Art. 3º. Esta Norma Complementar entra em vigor na data de sua publicação.

Norma complementar nº 03, de 26 de maio de 2008.

Define os requisitos para comprovação de dependência econômica dos beneficiários especiais do PROGRAMA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO – PLAN-ASSISTE.

O CONSELHO GESTOR, no uso da atribuição que lhe confere o art. 56, inciso V, do Regulamento Geral do PROGRAMA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO – PLAN-ASSISTE, aprovado pela Portaria PGR/MPU n.º 629, de 6/12/2007, e de acordo com o deliberado na 5ª Reunião, resolve aprovar a seguinte Norma Complementar:

Art. 1º Os beneficiários especiais listados nas alíneas “a”, “b” e “d”, inciso III do art. 1º da Norma Complementar 01/2007, aprovada pelo Conselho Gestor do PLAN-ASSISTE em 21 de dezembro de 2007, deverão comprovar a dependência econômica mediante declaração, firmada pelo titular, exclusivamente no formulário constante do ANEXO I.

Parágrafo único – Entende-se por dependência econômica do titular, o beneficiário especial que não perceba rendimento mensal e regular do trabalho ou de qualquer outra fonte, inclusive pensão ou proventos de aposentadoria, acima dos limites de isenção do Imposto de Renda de Pessoa Física, conforme Legislação específica.

Art. 2º Esta Norma Complementar entra em vigor na data de sua publicação.

ANEXO I
NORMA COMPLEMENTAR 03/2008

DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA

Declaro, para fins de prova junto ao PLAN-ASSISTE, de acordo com o art. 1º, inciso III, alíneas “a”, “b” ou “d” da Norma Complementar 01/2007, que os beneficiários especiais abaixo citados são solteiros e vivem sob minha dependência econômica.

Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das informações declaradas, ciente de que, se falsas as mesmas, ficarei sujeito às penalidades previstas em normas específicas e no Regulamento Geral.

Incluem-se nas sanções administrativas o ressarcimento integral e imediato das despesas realizadas com os beneficiários abaixo, na falta da comprovação da dependência.

As informações constantes desta Declaração poderão ser objeto de análise pela Administração do Programa junto aos Órgãos competentes.

Nome do titular	Matrícula
-----------------	-----------

NOME DO DEPENDENTE	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	CPF

LOCAL E DATA	ASSINATURA
--------------	------------

Dr. CARLOS FREDERICO SANTOS
Secretário-Geral do MPU
Presidente do Conselho Gestor

Dr. MOISÉS ANTONIO DE FREITAS

Diretor-Geral do MPDFT
Membro do Conselho Gestor

Dr. PAULO MACHADO
Diretor-Geral do MPT
Membro do Conselho Gestor

Dr. MARCELO JOSÉ CARRIL PINHEIRO
Diretor-Geral do MPM
Membro do Conselho Gestor

PLAN-ASSISTE

TABELA PRÓPRIA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS E PARAMÉDICOS

Regulamento Geral 2007

ÍNDICE

I) Procedimentos Médicos

1) Acupuntura

II) Procedimentos Paramédicos

1) RPG

2) Hidroterapia

3) Fisioterapia

4) Nutrição

5) Fonoaudiologia

6) Psicologia

ACUPUNTURA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	CH
00.01.077-4	Consulta Acupuntura	100
00.01.098-7	Sessão Acupuntura (eletroacupuntura, auriculoterapia de □isioterápi, terapia de moxabustão e terapia de infiltração de fármaco em ponto de acupuntura)	80

Instruções gerais:

1. o tratamento de acupuntura somente será autorizado mediante parecer médico, homologado pelo médico perito do PLAN-ASSISTE;
2. poderão ser autorizados até oito sessões por mês, após as quais, em havendo necessidade de continuação do tratamento, deverá ser realizada nova avaliação pelo médico perito;
1. o tratamento de Acupuntura fica limitado a 32 sessões por ano civil;
2. havendo necessidade de continuação do tratamento, deverá ser realizada nova avaliação pelo médico perito

com base no parecer do médico solicitante;

3. o tratamento de acupuntura deverá ser realizado por profissional médico e especializado em acupuntura;
 - o valor da remuneração do CH deverá ser o adotado para procedimentos médicos;

Observações Gerais:

- os tratamentos realizados através do sistema de livre-escolha (reembolso) seguem os mesmos critérios e procedimentos estabelecidos para os serviços prestados por profissionais ou instituições credenciadas.
- para os procedimentos fisioterápicos e fisioterápicos, nos casos de alegada urgência, a emissão da guia fica facultada à Administração do Programa, devendo o beneficiário, no prazo de cinco dias úteis, comparecer à perícia munido da necessária documentação, sob pena de ressarcimento integral ao Programa das sessões já realizadas.
- a autorização para tratamento, no mesmo período, pelas modalidades de aplicações fisioterápicas, de hidroterapia, RPG e acupuntura, indicado para a mesma patologia, afetando o mesmo segmento anatômico, fica limitada a apenas uma das modalidades.

RPG

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	CH
00.01.092-9	Avaliação de Reeducação Postural Global – RPG	100
25.10.005-0	Sessão de Reeducação Postural Global – RPG	80

Instruções gerais:

- o tratamento de RPG somente será autorizado mediante parecer médico, homologado pelo médico perito do PLAN-ASSISTE;
- poderão ser autorizados até dez sessões, após as quais, em havendo necessidade de continuação do tratamento, deverá ser realizada nova avaliação pelo médico perito;
- o tratamento de RPG fica limitado a 40 sessões por ano civil;
- a limitação acima não se aplica a tratamento de beneficiário ou dependente com moléstia crônica, ou de beneficiário excepcional, desde que essas condições sejam atestadas por laudo médico pericial;
- havendo necessidade de continuação do tratamento, deverá ser realizada nova avaliação pelo médico perito com base no parecer do médico solicitante;
- o valor da remuneração do CH deverá ser o adotado para procedimentos paramédicos.

Observações Gerais:

- os tratamentos realizados através do sistema de livre-escolha (reembolso) seguem os mesmos critérios e procedimentos estabelecidos para os serviços prestados por profissionais ou instituições credenciadas;
- para os procedimentos fisioterápicos e fisioterápicos, nos casos de alegada urgência, a emissão da guia fica facultada à Administração do Programa, devendo o beneficiário, no prazo de cinco dias úteis, comparecer à perícia munido da necessária documentação, sob pena de ressarcimento integral ao Programa das sessões já

realizadas.

- a autorização para tratamento, no mesmo período, pelas modalidades de aplicações fisioterápicas, de hidroterapia, RPG e acupuntura, indicado para a mesma patologia, afetando o mesmo segmento anatômico, fica limitada a apenas uma das modalidades.

HIDROTERAPIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	CH
00.01.092-9	Avaliação de Hidroterapia	100
25.10.006-8	Sessão de Hidroterapia	80

Instruções gerais:

- os tratamentos hidroterápicos deverão ser realizados por profissionais especializados em Hidroterapia, em instituições especializadas em fisioterapia homologadas pelo médico perito do PLAN-ASSISTE;
 - os tratamentos hidroterápicos somente serão autorizados mediante parecer médico, homologado pelo médico perito do PLANASSISTE;
 - poderão ser autorizados até dez sessões, após as quais, em havendo necessidade de continuação do tratamento, deverá ser realizada nova avaliação pelo médico perito;
 - os tratamentos hidroterápicos ficam limitados a 40 sessões por ano civil;
 - a limitação acima não se aplica a tratamento de beneficiário ou dependente com moléstia crônica, ou de beneficiário excepcional, desde que essas condições sejam atestadas por laudo médico pericial;
 - havendo necessidade de continuação do tratamento, deverá ser realizada nova avaliação pelo médico perito com base no parecer do médico solicitante;
- o valor da remuneração do CH deverá ser o adotado para procedimentos paramédicos.

Observações gerais:

- os tratamentos realizados através do sistema de livre-escolha (reembolso) seguem os mesmos critérios e procedimentos estabelecidos para os serviços prestados por profissionais ou instituições credenciadas;
- para os procedimentos fisiátricos e fisioterápicos, nos casos de alegada urgência, a emissão da guia fica facultada à Administração do Programa, devendo o beneficiário, no prazo de cinco dias úteis, comparecer à perícia munido da necessária documentação, sob pena de ressarcimento integral ao Programa das sessões já realizadas;
- a autorização para tratamento, no mesmo período, pelas modalidades de aplicações fisioterápicas, de hidroterapia, RPG e acupuntura, indicado para a mesma patologia, afetando o mesmo segmento anatômico, fica limitada a apenas uma das modalidades.

FISIOTERAPIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	CH
00.01.092-9	Avaliação Fisioterápica	100

Instruções gerais:

- o tratamento fisioterápico somente será autorizado mediante parecer médico, homologado pelo médico perito do PLAN-ASSISTE;
- poderão ser autorizados até dez sessões, após as quais, em havendo necessidade de continuação do tratamento, deverá ser realizada nova avaliação pelo médico perito;
- o tratamento de fisioterápico fica limitado a 40 sessões por ano civil;
- a limitação acima não se aplica a tratamento de beneficiário ou dependente com moléstia crônica, ou de beneficiário excepcional, desde que essas condições sejam atestadas por laudo médico isioite;
- havendo necessidade de continuação do tratamento, deverá ser realizada nova avaliação pelo médico perito com base no parecer do médico solicitante;
- o valor da remuneração do CH deverá ser o adotado para procedimentos paramédicos.

Observações Gerais:

- os tratamentos realizados através do sistema de livre-escolha (reembolso) seguem os mesmos critérios e procedimentos estabelecidos para os serviços prestados por profissionais ou instituições credenciadas;
- para os procedimentos fisiátricos e isioterápicos, nos casos de alegada urgência, a emissão da guia fica facultada à Administração do Programa, devendo o beneficiário, no prazo de cinco dias úteis, comparecer à perícia munido da necessária documentação, sob pena de ressarcimento integral ao Programa das sessões já realizadas.
- a autorização para tratamento, no mesmo período, pelas modalidades de aplicações fisioterápicas, de hidroterapia, RPG e acupuntura, indicado para a mesma patologia, afetando o mesmo segmento anatômico, fica limitada a apenas uma das modalidades.

NUTRIÇÃO

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	CH
17.01.001-1	Consulta de Nutrição	100

Instruções gerais:

- o valor da remuneração do CH deverá ser o adotado para procedimentos paramédicos.

Observações gerais:

- os tratamentos realizados através do sistema de livre-escolha (reembolso) seguem os mesmos critérios e procedimentos estabelecidos para os serviços prestados por profissionais ou instituições credenciadas.

FONOAUDIOLOGIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	CH
00.01.090-2	Sessão de avaliação para tratamento fonoaudiólogo	100
00.01.099-5	Sessão de fonoaudiologia	80

Instruções gerais:

- o tratamento de Fonoaudiologia somente será autorizado mediante solicitação do médico ou odontólogo, fundamentado em parecer do fonoaudiólogo consultado e homologado pelo médico ou odontólogo perito;
- poderão ser autorizadas até oito sessões por mês, após as quais, em havendo necessidade de continuação do tratamento, deverá ser realizada nova avaliação pelo médico ou odontólogo perito;
- o quantitativo liberado para as sessões de avaliação não poderá exceder a cinco;
- o tratamento de Fonoaudiologia fica limitado a 32 sessões por ano civil;
- a limitação acima não se aplica a tratamento de beneficiário ou dependente excepcional, desde que essas condições sejam atestadas por laudo médico pericial, renovado anualmente;
- compete ao médico ou odontólogo perito apreciar a necessidade de realização das sessões que ultrapassem o limite;
- o valor da remuneração do CH deverá ser o adotado para procedimentos paramédicos.

Observações gerais:

- os tratamentos realizados através do sistema de livre-escolha (reembolso) seguem os mesmos critérios e procedimentos estabelecidos para os serviços prestados por profissionais ou instituições credenciadas.

PSICOLOGIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	CH
	Consulta Psicológica	100
00.01.096-0	Psicoterapia Individual – por sessão	80
	Psicoterapia em Grupo – cada partcipe, por sessão	36
	Psicoterapia em Casal – por sessão	120
	Psicoterapia Familiar – por sessão	120
	Atendimento psicoterapêutico a paciente domiciliar/hospitalar	120
00.01.091-0	Avaliação psicológica Individual – por sessão	85
	Avaliação Psicológica em Grupo – cada participante, por sessão	38
	Orientação Vocacional Individual – por sessão	85
	Orientação Vocacional em Grupo – cada participante, por sessão	38
	Psicopedagogia Individual – por sessão	80
	Psicopedagogia em Grupo – cada participante, por sessão	36
	Psicomotricidade Individual – por sessão	80
	Orientação a Pais/familiares	80
	Observação de campo escolar/hospitalar/domiciliar	120
	Acompanhamento Psicológico Individual – por sessão	45
	Acompanhamento Psicológico em Grupo – cada participante, por sessão	20

Instruções Gerais:

- a assistência psicológica será prestada após indicação médica ou de psicólogo, fundamentada em relatório circunstanciado, que deverá ser renovado a cada 6 (seis) meses, observados os limites de 48 sessões por ano civil, e de uma sessão semanal.

- o valor da remuneração do CH deverá ser o adotado para procedimentos paramédicos.

Observações gerais:

- os tratamentos realizados através do sistema de livre-escolha (reembolso) seguem os mesmos critérios e procedimentos estabelecidos para os serviços prestados por profissionais ou instituições credenciadas.

LISTA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

REGULAMENTO GERAL 2007

APRESENTAÇÃO

A presente lista de procedimentos Odontológicos contempla todos os serviços e procedimentos odontológicos passíveis de cobertura pelo Programa DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO – PLAN-ASSISTE.

Sua aplicação, tanto para os atendimentos realizados por meio da rede credenciada, quanto para os reembolsos de despesas relativas a atendimento por profissionais ou instituições não credenciadas, está sujeita às disposições gerais e específicas de cada capítulo da lista, ao Regulamento Geral do PLAN-ASSISTE e à regulamentação específica da assistência odontológica.

A atual lista amplia o rol de procedimentos cobertos pelo Programa, inovando dentre outros procedimentos com a cobertura de tomografias computadorizadas e a inclusão da especialidade de próteses, buscando com isso, proporcionar os meios necessários para a prevenção e recuperação da saúde bucal de nossos beneficiários.

DISPOSIÇÕES GERAIS

1. A concessão de benefícios relativos a serviços odontológicos será efetuada com base nesta lista.
2. Os valores em CHO previstos nesta lista, terão seu valor aprovado pelo CONSELHO GESTOR DO PLAN-ASSISTE e serão idênticos para todo o MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO.
3. Independentemente do valor do tratamento, poderá o PLAN-ASSISTE, a seu critério exclusivo, determinar a realização de perícia, a qualquer momento do tratamento.
4. No regime de credenciamento, todo e qualquer atendimento far-se-á mediante a apresentação obrigatória da carteira de identificação emitida pelo Plan-Assiste e de documento de identificação do beneficiário. O Plan-Assiste não se responsabiliza por despesas relativas a procedimentos efetuados de maneira diferente da acima citada.
5. Para a realização do tratamento, o profissional deverá preencher o orçamento odontológico, em odontograma específico do PLAN-ASSISTE, em que serão indicados os procedimentos a serem executados, acompanhados dos respectivos códigos previstos na lista do PLAN-ASSISTE, valores em CHO, dentes, faces e/ou regiões.
6. As considerações do perito devem ser acatadas. Se o profissional executante discordar, deve fazê-lo por escrito e submeter o procedimento a nova avaliação pericial.
7. Na hipótese de atendimento em regime hospitalar, o tratamento será remunerado de acordo com esta lista, acrescido de 100% do valor do procedimento executado.
8. Nos casos previstos no item anterior, os honorários do instrumentador, do auxiliar odontológico e do anestesista, serão proporcionais a 10%, 30% e 40% respectivamente, ao valor pago ao cirurgião.
9. É vedado ao credenciado, sob pena de descredenciamento imediato, cobrar honorários, a qualquer título, diretamente dos beneficiários do PLAN-ASSISTE por serviços que estejam previstos nesta Lista.
10. A cobrança do tratamento odontológico somente será efetuada após sua conclusão e mediante a assinatura do beneficiário e do perito no orçamento odontológico. A assinatura do perito será exigida somente nos casos em que a perícia for obrigatória.
11. Os tratamentos deverão sempre ser realizados por profissionais com curso de especialização na área em questão. Nos casos em que não houver especialista credenciado, poderão ser realizados por clínico geral devidamente credenciado.
12. No caso do tratamento não ser aprovado na perícia final por necessitar de reavaliação, reparação, substituição e/ou termo de responsabilidade, o beneficiário terá prorrogado em mais 5 dias úteis o prazo para retornar à

- perícia final, contados a partir da data do novo término de tratamento. Sendo que o prazo máximo é de 15 dias úteis a contar da data da perícia final não autorizada.
13. Quando o beneficiário optar por fazer o tratamento odontológico com profissional não credenciado (livre escolha) a rotina de perícias inicial e final segue os mesmos padrões que para profissionais credenciados, com a diferença que o PLAN-ASSISTE não se responsabiliza pelo tratamento, ou seja, a perícia final apenas verificará se o tratamento proposto foi executado ou não.
 14. O PLAN-ASSISTE não reterá qualquer radiografia de pacientes. Aquelas indispensáveis à perícia final serão analisadas e, em seguida, devolvidas ao paciente ou a seu responsável.
 15. Tratamentos a serem realizados, em consultório ou clínica odontológica, com sedação (1320) devem ser encaminhados à perícia inicial acompanhados, obrigatoriamente, por laudo técnico e circunstanciado que justifique a necessidade da sedação.
 16. Os procedimentos executados em pacientes com comprovada deficiência mental terão um acréscimo de 30% sobre o respectivo valor – base previsto nesta Lista de Procedimentos Odontológicos. Demais casos em que haja maiores dificuldades na prestação do atendimento devem, necessariamente, ser encaminhados à perícia inicial acompanhados, obrigatoriamente, por laudo técnico circunstanciado que justifique o referido acréscimo.

ORÇAMENTO ODONTOLÓGICO

1. O cabeçalho deverá ser preenchido por completo, com todos os dados do beneficiário titular/dependente, bem como do profissional e/ou instituição credenciada.
2. O odontograma deve ser detalhadamente preenchido pelo profissional, que deverá assinalar todos os dentes que necessitem ser tratados, nas respectivas faces.
3. Na descrição dos serviços, será rigorosamente exigido que cada procedimento seja discriminado em linha diferente, mesmo que ocorra igual procedimento para dentes diferentes ou que um mesmo dente necessite de procedimentos diversos.
4. Devem ser indicados os dentes, utilizando-se a numeração de dois dígitos onde o primeiro indica o quadrante e o segundo o próprio dente. Tanto para os permanentes (18, 17...21...28, 38...41...48) quanto para os decíduos (55...61...65, 75...82...85).
5. Será exigido que os procedimentos sejam anotados no orçamento seguindo a ordem dos dentes, iniciando-se pelo 18, 17...12, 11, 21, 22...28, 38, 37...32, 31, 41, 42...48. Ou seja, inicia-se pelo 1º quadrante, segue-se para o 2º, para o 3º e finaliza-se com o 4º quadrante.
6. Devem ser utilizados os códigos e valores de CHO desta Lista de Procedimentos Odontológicos.
7. A região a ser tratada deve ser preenchida conforme o código alfabético das regiões bucais.
8. As faces dos dentes a serem tratadas devem constar no orçamento representadas pela letra inicial da respectiva face (M= mesial, D= Distal, O= oclusal, V= vestibular, P= palatina e L= lingual).
9. É necessário o preenchimento das datas de início e de término do tratamento.
10. É obrigatória a assinatura e o carimbo do profissional nas três vias do orçamento.
11. O beneficiário deverá assinar o orçamento nas três vias.
12. O orçamento Odontológico deve ser preenchido completamente nas três vias, sendo que a 2ª permanece com o profissional. A 1ª e a 3ª vias serão enviadas para a perícia inicial juntamente com todas as radiografias, caso existam.
13. O beneficiário que se submeteu à perícia inicial, deverá comparecer à perícia final, quando exigida, portando a 1ª via do orçamento, e, caso necessário, as radiografias exigidas.
14. Quaisquer alterações no plano de tratamento devem ser comunicadas ao perito e se este achar necessário, o beneficiário deverá comparecer à perícia intermediária. No caso do perito dispensar a mesma, o profissional deverá justificar por escrito as alterações ocorridas, anotando o nome do perito e a data do contato.
15. As radiografias iniciais devem sempre ser encaminhadas à perícia inicial, quando o tratamento exigir perícia.
16. Serão exigidas radiografias com bom contraste, sem alongamento e sem cortes de partes essenciais à avaliação do tratamento.
17. As radiografias devem ser enviadas à perícia em cartão que contenha nome completo do paciente, nº do dente e data.
18. O orçamento odontológico deve seguir o modelo que segue anexo e se preciso, utilizar quantos forem necessários, sendo que devem conter datas idênticas, e ser numerado na região superior direita do formulário por exemplo: I/III, II/III e III/III.
19. A perícia odontológica pode solicitar ao profissional a qualquer tempo e com relação a qualquer trabalho, um termo de responsabilidade em relação aos procedimentos executado(s) em determinado dente, sob pena de glosa.
20. Quando as perícias inicial e final não forem obrigatórias, o beneficiário pode optar em fazê-las, mediante seu pagamento integral.

DIAGNOSE

Código	PROCEDIMENTO	CHO
0110	Consulta inicial (NORMAS: 1, 7)	130
0115	Consulta de urgência em horário comercial (NORMAS: 2, 3, 4, 7)	130
0120	Consulta de urgência fora do horário comercial (NORMAS: 2, 3, 4, 7)	196
0130	Perícia inicial ou final (NORMA: 7)	100
0140	Falta não justificada à consulta (NORMAS: 5, 6, 7)	130
0150	Falta não justificada à perícia (NORMAS: 5, 6, 7)	100

NORMAS:

1) Considera-se consulta inicial (cod. 0110) o primeiro atendimento para exame diagnóstico, anamnese e preenchimento completo do “Orçamento Odontológico”. O tratamento deverá ser, em regra, planejado em etapa única, podendo ser dividido por especialidade.

2) Considera-se urgência todo atendimento que não constitua passo intermediário e/ou final de tratamento iniciado pelo próprio dentista, como por exemplo, odontalgia, hemorragia, alveolite, drenagem de abscessos e cimentação de prótese.

Nos atendimentos de urgência, a perícia inicial está dispensada e a perícia final é obrigatória nos casos em que for realizado algum procedimento.

A urgência não dispensa o profissional do preenchimento adequado do “Orçamento Odontológico”.

3) Considera-se horário comercial, aquele compreendido de 8:00 h às 18:00 h de dias úteis.

4) Qualquer profissional credenciado poderá realizar atendimento de urgência (cod. 0115 e 0120), desde que seja comprovada, na perícia final, a natureza emergencial do atendimento, por meio de laudo e/ou radiografia(s).

Controle de qualidade: é obrigatória a apresentação de radiografia com bom contraste, sem alongamento e sem corte de partes essenciais à avaliação do tratamento, sob pena de glosa do procedimento que dela depender.

As radiografias devem ser enviadas à perícia em cartão que contenha nome completo do paciente, número do dente e data.

5) Considera-se falta não justificada (cod. 0140 e 0150) aquela em que o beneficiário não tenha desmarcado com pelo menos 4 horas de antecedência.

A data e o horário da falta não justificada, ou seja, da consulta agendada e não desmarcada com pelo menos 4 horas de antecedência, devem ser anotados no “Orçamento Odontológico”, no campo reservado às “Observações”. Esse registro deve ser assinado pelo paciente ou por seu responsável, sob pena de o PLAN-ASSISTE não reconhecer a falta.

6) As faltas não justificadas (cod. 0140 e 0150) são de custeio integral do beneficiário.

7) A obrigatoriedade de execução de perícia inicial e/ou final está expressa ao lado da descrição de cada procedimento. Portanto, em caso de omissão não há necessidade de sua realização.

8) Os códigos 0115 e 0120 (Consultas de urgência) não excluem o código 3220.

RADIOLOGIA

Código	PROCEDIMENTO	CHO
0210	Rx periapical (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28)	25
0220	Rx interproximal (“bitewing”) (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28)	25
0230	Rx oclusal (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24)	58
0240	Rx póstero-anterior (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24)	125
0250	Rx da ATM: 3 incidências (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24)	277
0260	Rx panorâmica (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24)	130
0270	Telerradiografia com traçado computadorizado (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24)	178
0280	Telerradiografia sem traçado (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24)	125
0290	Rx de mão (carpal) (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24)	151
0300	Modelos ortodônticos (par) (NORMA: 20, 33)	148

0310	“Slide” (máximo de 5 unidades) (NORMA: 20)	26
0320	Fotografia (NORMA: 20, 32)	27
0330	Documentação ortodôntica (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 29)	792
0340	Rx panorâmica com traçado (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24)	200
0350	Tomografia computadorizada: 1 dente (P. inicial, exceto para urgências) (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24, 30, 31)	466
0355	Tomografia computadorizada: 1 segmento (P. inicial, exceto para urgências) (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24, 30, 31)	512
0360	Tomografia computadorizada: 2 segmentos segmento (P. inicial) (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24, 30, 31)	972
0365	Tomografia computadorizada: 3 ou mais segmentos (P. inicial) (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24, 30, 31)	1.484
0370	Tomografia computadorizada: 1 ATM (P. inicial) (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24, 30, 31)	512
0375	Tomografia computadorizada: 2 ATM's (P. inicial) (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24, 30, 31)	972
0380	Tomografia computadorizada: 1 seio da face (P. inicial) (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24, 30, 31)	388
0385	Tomografia computadorizada: 2 seios da face (P. Inicial) (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24, 30, 31)	776

NORMAS:

20) A obrigatoriedade de execução de perícia inicial e/ou final está expressa ao lado da descrição de cada procedimento, ou seja, em caso de omissão não há necessidade de sua realização.

O procedimento que não for autorizado pela perícia final deverá ser reavaliado pelo profissional responsável e devidamente ajustado às exigências do PlanAssiste, no prazo de até 15 dias úteis. A tolerância máxima para reavaliação e adequação do procedimento é de dois retornos, sob pena de glosa do procedimento caso esteja insatisfatório após essas duas oportunidades.

21) É obrigatória a apresentação de radiografia com bom contraste, sem alongamento e sem corte de partes essenciais à avaliação do tratamento, sob pena de glosa do procedimento que dela depender.

22) As radiografias devem ser enviadas à perícia com nome completo do paciente, identificação do(s) dente(s), data e laudo do radiologista, quando for o caso.

23) A obrigatoriedade de apresentação de radiografia à perícia, seja inicial, seja final, está indicada ao lado da descrição de cada procedimento, quando exigida. Portanto, em caso de omissão do comando, a radiografia não é obrigatória, mas poderá ser necessária.

24) A perícia poderá, sempre que entender necessário, solicitar exames complementares e laudos técnicos para avaliação ou esclarecimento de dúvidas sobre qualquer procedimento, ou mesmo para diagnóstico e plano de tratamento.

25) O exame radiográfico completo em adulto compreende, no máximo:

14 películas periapicais e 04 películas interproximais.

26) O exame radiográfico completo em criança compreende, no máximo:

10 películas periapicais e 02 películas interproximais.

27) As clínicas não especializadas em radiologia devem respeitar o seguinte limite máximo de radiografias por especialidade:

Odontopediatria: 2 Rx periapicais (cod. 210);
2 Rx interproximais (cod. 220).

Dentística: 2 Rx periapicais (cod. 210);
4 Rx interproximais (cod. 220).

Endodontia: 2 Rx periapicais (cod. 210) por dente (inicial/final).

Exodontia: 2 Rx periapicais (cod. 210) por dente (inicial/final).

28) Exame radiográfico que ultrapasse os limites estabelecidos nas normas anteriores (26 e 27) deverá ser, obrigatoriamente, executado em clínica radiológica e acompanhado de laudo de radiologista.

29) Protocolo de documentação ortodôntica (cod. 0330): 1 radiografia panorâmica, 1 telerradiografia com traçado, 1 par de modelos de gesso, 3 fotos e 5 slides.

30) Protocolo de tomografias computadorizadas (cods. 0350 a 0385): radiografia ou imagem panorâmica, imagem em 3D, imagem axial e cortes transaxiais da(s) área(s) sob investigação, além de CD com todas as imagens obtidas.

31) As tomografias computadorizadas (cods. 0350 a 0385) são exames complementares e específicos, e devem ser feitas em clínicas radiológicas da área de odontologia.

32) As fotografias limitam-se a 3 para documentação ortodôntica e 4 para o acompanhamento de lesão bucal, com ou sem a realização de biópsia.

33) Não será autorizada a confecção de placa miorelaxante por clínicas radiológicas.

TESTES E EXAMES LABORATORIAIS

Código	PROCEDIMENTO	CHO
0410	Teste de risco de cárie (P. inicial) (NORMA: 40)	100
0420	Teste de fluxo salivar (P. inicial) (NORMA: 40)	100
0421	Exame citopatológico oncótico de líquidos e raspados ou “imprint” de lesões bucais (NORMA: 40)	117
0422	Exame anatomopatológico pré-operatório com deslocamento da peça ao laboratório (NORMA: 40)	275
0423	Exame anatomopatológico por órgão, biópsia, biópsia aspirada ou cell block (NORMA: 40)	175
0424	Revisão de lâmina (NORMA: 40)	216
0425	Painel de Imuno-histoquímica (imunoperoxidase e imunofluorescência) para diagnóstico diferencial de neoplasias (NORMA: 40)	1.300
0426	Painel de Imuno-histoquímica (imunoperoxidase e imunofluorescência) para determinação de prognóstico de neoplasias (NORMA: 40)	1.300
0427	Exame anatomopatológico pré-operatório com acompanhamento do patologista em sala cirúrgica (NORMA: 40)	396
0428	Cultura para bactérias anaeróbicas (NORMA: 40)	63

NORMAS:

40) A obrigatoriedade de execução de perícia inicial e/ou final está expressa ao lado da descrição de cada procedimento, ou seja, em caso de omissão não há necessidade de sua realização.

PREVENÇÃO

Código	PROCEDIMENTO	CHO
0510	Profilaxia (NORMAS: 50, 51, 52, 53, 54)	136
0520	Orientação de Higiene Oral e de dieta alimentar (NORMAS: 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56)	84
0530	Aplicação de flúor (NORMAS: 50, 51, 52, 53, 54)	75
0540	Controle de placa bacteriana (NORMAS: 50, 51, 52, 53, 54, 56, 57)	73
0550	Tratamento de gengivite (2 hemiarçadas) (NORMAS: 50, 51, 52, 53, 54, 58, 59)	176
0560	Remineralização (fluoterapia) (4 sessões) (P. inicial) (NORMAS: 50, 51, 52, 60)	300

NORMAS:

50) A obrigatoriedade de execução de perícia inicial e/ou final está expressa ao lado da descrição de cada procedimento. Portanto, em caso de omissão não há necessidade de sua feitura.

O procedimento que não for autorizado pela perícia final deverá ser reavaliado pelo profissional responsável e devidamente ajustado às exigências do PLAN-ASSISTE, no prazo de até 15 dias. A tolerância para reavaliação e adequação do procedimento é de dois retornos, sob pena de glosa do procedimento em caso de insatisfação após essas duas oportunidades.

51) Os procedimentos da área de prevenção (cods. 0510 a 0560) não serão autorizados aos profissionais da área de endodontia, exceto nas localidades em que não houver especialistas de outras áreas credenciados.

52) Os procedimentos de prevenção só serão autorizados a cada 06 meses.

Exceção: para pacientes em tratamento ortodôntico ou de alto risco de cárie, desde que a perícia inicial autorize com base em laudo do profissional que solicitar intervalo de tempo menor.

53) Pacientes com necessidade de controle periodontal em intervalos inferiores a 6 meses devem, obrigatoriamente, ser encaminhados ao especialista em periodontia.

54) Os códigos 0510, 0520, 0530, 0540 e 0550 não serão autorizados para outra especialidade quando for previsto tratamento periodontal simultâneo.

55) A orientação de higiene oral e de dieta alimentar (OHO) (cod. 520) somente será autorizada pela perícia final se houverem sido fornecidos ao paciente técnica de escovação e do uso de fio dental, como também orientação quanto à qualidade e frequência da dieta.

56) A orientação de higiene oral (OHO) (cod.0520) e o controle de placa bacteriana (CPB) (cod. 0540), só serão pagos sem autorização pericial se, no campo “Observações” do “Orçamento Odontológico”, constar a ciência (assinatura) do paciente ou de seu responsável, confirmando a execução dos referidos procedimentos.

57) O controle de placa bacteriana (CPB) (cod. 0540) somente será autorizado pela perícia final, se houver sido feita a revelação de placa bacteriana com corante específico.

58) Considera-se Gengivite (cod. 0550) a doença periodontal, com ou sem sangramento gengival, na qual os sulcos gengivais medem até 03 mm de profundidade. (Diagnósticos diferenciais: periodontite leve: norma 404, periodontite avançada: norma 405).

59) Para pacientes com gengivite será autorizado apenas 1 controle de placa bacteriana (CPB) (cod. 0540) por tratamento.

60) A remineralização (cod. 0560) será autorizada com o objetivo de reverter lesões brancas iniciais de cárie. A perícia inicial é obrigatória.

ODONTOPIEDIATRIA

Código	PROCEDIMENTO	CHO
1010	Aplicação de verniz de flúor (4 hemiarcos) (NORMAS: 100, 102, 104, 105)	88
1020	Aplicação de selante (P. inicial e P. final) (NORMAS: 100, 102, 106, 107)	82
1030	Aplicação de selante invasivo (P. inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 102, 106, 107)	102
1040	Aplicação de cariostático (4 hemiarcos) (P. final) (NORMAS: 100, 102)	77
1050	Remineralização (fluoterapia) (4 seções) (P. inicial) (NORMAS: 100, 102, 108)	300
1060	Adequação do meio bucal com ionômero de vidro (por arco) (P. inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 102, 111)	160
1070	Adequação do meio bucal com IRM (por hemiarco) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 100, 102, 111)	138
1080	Restauração de ionômero de vidro (P. inicial e P. final) (NORMAS: 100, 102, 113, 114)	147
1090	Restauração preventiva (ionômero + selante) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 100, 102, 113, 114)	125
1100	Coroa de aço □ Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 100, 102, 103)	222
1110	Capeamento pulpar em decíduo □ Rx final (P. final) (NORMAS: 100, 102, 103)	144
1111	Restauração provisória (urgência) (P. Final) (NORMAS: 2, 3, 4, 100, 101, 102)	117
1120	Pulpotomia □ Rx final (P. final) (NORMAS: 100, 101, 102, 103)	176
1130	Tratamento endodôntico em decíduo □ Rx final (P. final) (NORMAS: 100, 101, 102, 103)	210
1140	Exodontia de decíduo (NORMAS: 100, 102)	108
1150	Mantenedor de espaço fixo ou removível (P. final) (NORMAS: 100, 102, 109)	350
1160	Placa miorrelaxante de acrílico (P. inicial e P. final) (NORMAS: 100, 102)	840
1170	Plano inclinado (P. inicial e P. final) (NORMAS: 100, 102)	395
1180	Condicionamento infantil (por sessão, máximo: 2) (NORMAS: 100, 102, 110)	130
1190	Ulotomia (NORMAS: 100, 102)	163

1200	Ulectomia <input type="checkbox"/> Rx inicial (P. inicial) (NORMAS: 100,102, 103)	179
1210	Restauração de amálgama 1 face (P. inicial e P. final) (NORMAS: 100, 101, 102, 112, 113, 114)	117
1220	Restauração de amálgama 2 faces (P. inicial e P. final) (NORMAS: 100, 101, 102, 112, 113, 114)	144
1230	Restauração de amálgama 3 faces (P. inicial e P. final) (NORMAS: 100, 101, 102, 112, 113, 114)	166
1240	Restauração de amálgama 4 faces (P. inicial e P. final) (NORMAS: 100, 101, 102, 112, 113, 114)	214
1250	Rest. de resina foto. Classe I, V ou VI (P. inicial e P. final) (NORMAS: 100, 101, 102, 112, 113, 114, 115)	139
1260	Rest. de resina foto. Classe III (P. inicial e P. final) (NORMAS: 100, 101, 102, 112, 113, 114, 115)	149
1270	Restauração de resina fotopolimerizável Classe II ou IV (P. inicial e P. final) (NORMAS: 100, 101, 102, 112, 113, 114, 115)	210
1280	Faceta em resina fotopolimerizável (P. inicial e P. final) (NORMAS: 100, 101, 102, 113, 114)	239
1290	Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro (P. inicial) (dentes com endodontia e/ou prótese) (NORMAS: 100, 101, 102)	239
1300	Tratamento de fluorose (microabrasão) (por elemento) (NORMAS: 100, 102)	185
1310	Reimplante de dente permanente (por elemento) <input type="checkbox"/> Rx inicial e Rx final (P. final) (NORMAS: 100, 101, 102, 103)	435
1320	Sessão de sedação (laudo enviado à perícia inicial) (NORMA: 116)	700

NORMAS:

100) A idade limite para tratamento em odontopediatria é de 14 anos completos, sendo que, as crianças com idade abaixo desta, devem, obrigatoriamente, ser atendidas por especialistas desta área, exceto nas localidades onde não houver odontopediatra credenciado; caso em que a preferência de tratamento deve ser dada aos especialistas em dentística, se houver.

101) Em caso de necessidade de tratamento ou retratamento endodôntico de dente permanente, o odontopediatra deve encaminhar o paciente ao endodontista.

102) A obrigatoriedade de execução de perícia inicial e/ou final está expressa ao lado da descrição de cada procedimento, ou seja, em caso de omissão não há necessidade de sua feitura.

O procedimento que não for autorizado pela perícia final deverá ser reavaliado pelo profissional responsável e devidamente ajustado às exigências do PlanAssiste, no prazo de até 15 dias. A tolerância para reavaliação e adequação do procedimento é de dois retornos, sob pena de glosa do procedimento em caso de insatisfação após essas duas oportunidades.

103) A necessidade de apresentação de radiografia à perícia, seja inicial, seja final, está indicada ao lado da descrição de cada procedimento, quando exigida. Portanto, em caso de omissão do comando, a radiografia não é obrigatória, mas poderá ser necessária.

Controle de qualidade: é obrigatória a apresentação de radiografia com bom contraste, sem alongamento e sem corte de partes essenciais à avaliação do tratamento, sob pena de glosa do procedimento que dela depender.

As radiografias devem ser enviadas à perícia em cartão que contenha nome completo do paciente, número do dente e data.

104) A aplicação de verniz de flúor (cod. 1010) destina-se a pacientes em tratamento ortodôntico ou de até 03 anos com alto risco de cárie.

105) A aplicação de verniz de flúor (cod. 1010) só será admitida com espaço mínimo de 06 meses entre uma aplicação e outra. Salvo se a perícia inicial autorizar com base em laudo do profissional que solicitar intervalo de tempo menor.

106) Os selantes (cods. 1020 e 1030) devem vedar apenas sulcos, fôssulas e fissuras, e não devem interferir na oclusão do paciente.

107) A aplicação de selante (cods. 1020 e 1030) associada a restauração de resina composta só será autorizada, se existirem sulcos, fôssulas e/ou fissuras que necessitem de proteção. Não será admitida para proteção adicional de restaurações de resina.

108) A remineralização (cod. 1050) será autorizada com o objetivo de reverter lesões brancas iniciais de cárie. A perícia inicial é obrigatória.

109) O mantenedor de espaço fixo ou removível (cod. 1150) deverá ter garantia mínima de 90 dias a partir de sua instalação na boca do paciente, exceto nos casos de negligência do paciente ou do desaparecimento do aparelho, no caso do removível.

110) O condicionamento da criança (cod. 1180) para sua adaptação ao tratamento odontológico será reservado aos casos de extrema necessidade. Máximo de 02 sessões.

111) A adequação do meio bucal (cods. 1060 e 1070) só será autorizada nos casos em que for impossível a realização do tratamento restaurador. Para isso, é necessário laudo do cirurgião dentista que for executar tal procedimento.

112) No caso de cárie interproximal que só for identificada no momento do preparo de cavidade interproximal de elemento contíguo, a perícia inicial poderá ser dispensada se o odontólogo apresentar laudo com justificativa e com a ciência do paciente.

113) Controle de qualidade: não serão aceitas restaurações sem ponto de contato, sem anatomia adequada, sem acabamento ou polimento, e nem com a presença de degrau (positivo ou negativo).

114) As restaurações em qualquer material deverão ter garantia mínima de 01 ano.

115) Restaurações realizadas com resina fotopolimerizável em pré molares e molares devem ser executadas em material próprio para posteriores.

116) Tratamento a serem realizados, em consultório ou clínica odontológica, com sedação (cód. 1320) devem ser encaminhados à perícia inicial acompanhados, obrigatoriamente, por laudo técnico circunstanciado que justifique a necessidade da sedação.

DENTÍSTICA

Código	PROCEDIMENTO	CHO
2000	Restauração de amálgama 01 face (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 201, 202, 204, 205, 214)	117
2010	Restauração de amálgama 02 faces (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 201, 202, 204, 205, 214)	144
2020	Restauração de amálgama 03 faces (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 201, 202, 204, 205, 214)	166
2030	Restauração de amálgama 04 faces (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 201, 202, 204, 205, 214)	214
2040	Rest. de amálgama PIM <input type="checkbox"/> Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 201, 202, 203, 204, 205, 214)	237
2050	Rest. de resina foto classe I, V ou VI (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 202, 203, 204, 205, 206, 214)	139
2060	Restauração de resina foto classe III (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 214)	149
2070	Rest. de resina foto classe II ou IV (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 214)	210
2080	Faceta de resina foto. (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 202, 203, 204, 205, 214)	239
2120	Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro (P. inicial) (dentes com endodontia e/ou prótese) (NORMAS: 200, 207)	239
2130	Núcleo de preenchimento em resina (P. inicial) (NORMA: 200)	151
2140	Núcleo de preenchimento em amálgama (NORMA: 200)	151
2150	Ajuste oclusal (por sessão) (P. inicial) (NORMAS: 200, 208)	118
2160	Pinos de retenção <input type="checkbox"/> Rx final (P. inicial e P. final) (NORMA: 200)	19
2170	Tratamento de fluorose (microabrasão) (por elemento) (NORMA: 200)	200
2180	Clareamento de dente endodonticamente tratado <input type="checkbox"/> Rx inicial (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 202)	244
2190	Restauração de ionômero de vidro (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 209)	136
2200	Remoção de RMF ou coroa <input type="checkbox"/> Rx inicial (P. final) (NORMAS: 200, 202)	94
2210	Coroa provisória (P. inicial) (NORMA: 200)	198
2220	Preparo para núcleo intrarradicular <input type="checkbox"/> Rx final (NORMAS: 200, 202)	88
2230	Remoção de fatores de retenção (identificação obrigatória no odontograma) (boca toda) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 210)	148

2240	Restauração provisória (urgência) (P. final) (NORMAS: 2, 3, 4, 200, 211)	117
2250	Reembasamento e reparo de provisório (P. inicial) (máximo: 2 por elemento) (NORMAS: 200, 215, 216)	197
2260	Recolocação de RMF ou coroa (urgência) (P. final) (NORMA: 2, 3, 4, 200, 215, 216)	150
2270	Placa de acrílico miorrelaxante (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 212)	840
2280	Aplicação de selante (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 212)	82
2290	Selante invasivo (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 212)	102
2300	Adequação do meio bucal com ionômero (por hemiarcada) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 213)	160
2310	Inlay ou Onlay: cerômero (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 215, 216)	895
2320	Inlay ou Onlay: empres (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 215, 216)	1180
2330	Restauração metálica fundida (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 215, 216)	496
2340	Coroa metalo-cerâmica □ Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 215, 216)	1.215
2350	Coroa de jaqueta de cerâmica pura (P. inicial e P. final)(NORMAS: 200, 215, 216)	1.580
2360	Núcleo cerâmico (dentes anteriores) □ Rx final(P. inicial e P. final)	356
2370	Retentor intrarradicular pré-fabricado □ Rx final (P. inicial e P. final)	286
2380	Núcleo metálico fundido □ Rx final (P. inicial e P. final)	340
2390	Sessão de sedação (laudo enviado à perícia inicial) (NORMAS: 217)	700

NORMAS:

200) A obrigatoriedade de execução de perícia inicial e/ou final está expressa ao lado da descrição de cada procedimento, portanto, em caso de omissão não há necessidade de que seja(m) feita(s).

O procedimento que não for autorizado pela perícia final deverá ser reavaliado pelo profissional responsável e devidamente ajustado às exigências do PlanAssiste, no prazo de até 15 dias. A tolerância para reavaliação e adequação do procedimento é de dois retornos, sob pena de glosa do procedimento em caso de insatisfação após essas duas oportunidades.

201) No caso de cárie interproximal que só for identificada no momento do preparo de cavidade interproximal de elemento contíguo, a perícia inicial poderá ser dispensada se o odontólogo apresentar laudo com justificativa e com a ciência do paciente.

202) A necessidade de apresentação de radiografia à perícia, seja inicial, seja final, está indicada ao lado da descrição de cada procedimento, quando exigida. Portanto, em caso de omissão do comando, a radiografia não é obrigatória, mas poderá ser necessária.

Controle de qualidade: é obrigatória a apresentação de radiografia com bom contraste, sem alongamento e sem corte de partes essenciais à avaliação do tratamento, sob pena de glosa do procedimento que dela depender.

As radiografias devem ser enviadas à perícia em cartão que contenha nome completo do paciente, número do dente e data.

203) A substituição de restauração antiga, de qualquer material, por restauração em resina fotopolimerizável por indicação unicamente estética, só será autorizada para dentes anteriores até 2º pré molar.

204) Controle de qualidade: não serão aceitas restaurações sem ponto de contato, sem anatomia adequada, sem acabamento ou polimento, e nem com a presença de degrau (positivo ou negativo).

205) As restaurações em qualquer material deverão ter garantia mínima de 01 ano.

206) Restaurações realizadas com resina fotopolimerizável em pré molares e molares devem ser executadas em material próprio para elementos posteriores.

207) Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro (cod. 2120) só será autorizado para dentes tratados endodonticamente e/ou que receberão tratamento protético iminente.

208) O ajuste oclusal (cod. 2150) só será autorizado pela perícia se houver comprovação clínica e/ou radiográfica de sobrecarga oclusal.

209) Restauração de ionômero de vidro (cod. 2190) somente será autorizada em erosões cervicais (classe V). Admite-se, porém, autorização em casos especiais justificados pelo profissional que pretende realizá-la.

210) O item remoção de fatores de retenção (código 2230) somente será aprovado quando houver cárie(s) ou excesso de restaurações, comprovados clínica ou radiograficamente. É imprescindível a identificação, no odontograma, dos locais a serem adequados.

211) Restauração temporária (cod. 2240) só será paga quando for comprovada sua real necessidade, como, por exemplo, em atendimento de urgência ou após capeamento pulpar.

212) Os selantes (cods. 2280 e 2290) devem vedar apenas sulcos, fôssulas e fissuras, sem interferir na oclusão do paciente. Para autorização a perícia inicial deverá avaliar a erupção do dente, bem como a idade e o risco de cárie do paciente. Deverão ter a garantia mínima de 01 ano.

213) Adequação do meio bucal (cod. 2300) só será autorizada nos casos em que for impossível a realização do tratamento restaurador. Para isso, é necessário laudo do cirurgião dentista que for executar tal procedimento.

214) Quando houver indicação de reabilitação oral mediante a utilização de prótese fixa, não serão autorizadas restaurações nos dentes envolvidos. Salvo nos casos em que o paciente fizer essa opção, por escrito, frente a impossibilidade de realização imediata do tratamento protético.

215) Os códigos referentes a próteses unitárias (cods. 2120, 2130, 2200, 2210, 2220, 2250, 2260, 2310, 2320, 2330, 2340, 2350, 2360, 2370, 2380) não poderão ser agrupados para fins de confecção de ponte fixa, isto é, de prótese fixa não unitária.

216) Em caso de necessidade exclusivamente estética, é vedada a substituição de prótese unitária metálica por não metálica.

217) Tratamento a serem realizados, em consultório ou clínica odontológica, com sedação (cód. 2390) devem ser encaminhados à perícia inicial acompanhados, obrigatoriamente, por laudo técnico circunstanciado que justifique a necessidade da sedação.

ENDODONTIA

Código	PROCEDIMENTO	CHO
3010	Tratamento endodôntico: incisivo ou canino □ Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 315, 316, 317)	410
3020	Tratamento endodôntico: pré-molare □ Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 315, 316, 317)	570
3030	Tratamento endodôntico: molare □ Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 315, 316, 317)	810
3050	Retratamento endodôntico: incisivo ou canino □ Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 315, 316, 317)	500
3060	Retratamento endodôntico: pré-molare □ Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 315, 316, 317)	700
3070	Retratamento endodôntico: molare □ Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 317)	1080
3090	Tratamento de Perfuração □ Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 300, 302, 303, 318)	240
3100	Remoção de núcleo intrarradicular □ Rx inicial e Rx final (P. final) (NORMAS: 300, 303)	166
3110	Capeamento pulpar □ Rx final (P. final) (NORMAS: 300, 303, 310)	172
3120	Pulpotomia □ Rx final (P. final) (NORMAS: 300, 303)	176
3130	Clareamento de dente endodonticamente tratado □ Rx inicial (P. inicial) (NORMAS: 300, 303, 311)	264
3140	Preparo para núcleo intrarradicular □ Rx final (P. final) (NORMAS: 300, 303)	95
3150	Tratamento de dente com rizogênese incompleta □ Rx inicial e Rx final (por sessão, máximo: 6) (P. final) (NORMAS: 300, 303)	100

3160	Troca de curativo, irrigação, aspiração e medicação intracanal (por sessão, máximo 02 por dente) (P. Final) (NORMA: 300, 315, 317)	100
3170	Remoção de corpo estranho intracanal <input type="checkbox"/> Rx inicial e Rx final (por corpo estranho) (P. final) (NORMAS: 300, 303, 315, 316)	130
3180	Drenagem intra-oral de abscesso c/ colocação de dreno (P. final) (NORMA: 300, 313)	300
3190	Remoção de RMF ou coroa <input type="checkbox"/> Rx inicial (P. final) (NORMAS: 300, 303)	94
3200	Coroa provisória (P. inicial) (NORMA: 300)	198
3210	Restauração provisória (urgência) (P. final) (NORMAS: 2, 3, 4, 300, 312)	117
3220	Tratamento de urgência endodôntica (ex: pulpectomia, drenagem de abscesso via canal...) <input type="checkbox"/> Rx inicial e/ou final (P. final) (NORMAS: 2, 3, 4, 300, 303, 313, 317, 319)	162
3240	Apicetomia de incisivo ou canino, sem obturação retrógrada <input type="checkbox"/> Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 300, 303, 314)	333
3250	Apicetomia de incisivo ou canino, com obturação retrógrada <input type="checkbox"/> Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 300, 303, 314)	373
3260	Apicetomia de pré-molar, sem obturação retrógrada <input type="checkbox"/> Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 300, 303, 314)	410
3270	Apicetomia de pré-molar, com obturação retrógrada <input type="checkbox"/> Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 300, 303, 314)	452
3280	Apicetomia de molares, sem obturação retrógrada <input type="checkbox"/> Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 300, 303, 314)	487
3290	Apicetomia de molar, com obturação retrógrada <input type="checkbox"/> Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 300, 303, 314)	529
3300	Sessão de sedação (laudo enviado à perícia inicial) (NORMAS: 320)	700

NORMAS:

300) A obrigatoriedade de execução de perícia inicial e/ou final está expressa ao lado da descrição de cada procedimento, portanto, em caso de omissão não há necessidade de que seja(m) feita(s).

O procedimento que não for autorizado pela perícia final deverá ser reavaliado pelo profissional responsável e devidamente ajustado às exigências do PlanAssiste, no prazo de até 15 dias. A tolerância para reavaliação e adequação do procedimento é de dois retornos, sob pena de glosa do procedimento em caso de insatisfação após essas duas oportunidades.

301) O tratamento ou retratamento endodôntico de dente permanente deve ser, obrigatoriamente, executado por endodontista, mesmo em pacientes menores de 14 anos, salvo nas localidades em que não haja este especialista.

302) Serão autorizadas, no máximo, 05 radiografias (cod. 210) por dente, incluídas aí a inicial e a final, tanto para tratamento, quanto para retratamento endodôntico.

303) A necessidade de apresentação de radiografia à perícia, seja inicial, seja final, está indicada ao lado da descrição de cada procedimento, quando exigida. Portanto, em caso de omissão do comando, a radiografia não é obrigatória, mas poderá ser necessária.

Controle de qualidade: é obrigatória a apresentação de radiografia com bom contraste, sem alongamento e sem corte de partes essenciais à avaliação do tratamento, sob pena de glosa do procedimento que dela depender.

As radiografias devem ser enviadas à perícia em cartão que contenha nome completo do paciente, número do dente e data.

Atenção: nos casos de dentes com mais de um conduto, a tomada radiográfica deve, obrigatoriamente, apresentar a dissociação de condutos sobrepostos, sob pena de glosa do procedimento pela perícia final.

304) O tratamento endodôntico com finalidade exclusivamente protética será autorizado pela perícia inicial, desde que acompanhado de indicação do protesista, por escrito.

305) Os tratamentos e retratamentos endodônticos deverão apresentar condensação lateral satisfatória, sob pena de glosa. Havendo deficiência na condensação lateral, o odontólogo deverá justificá-la mediante laudo técnico, para viabilizar a possibilidade de autorização do procedimento pela perícia final.

306) Os tratamentos endodônticos deverão ter garantia mínima de 02 anos. Nos dentes que já apresentam lesões periapicais, o endodontista deverá orientar o paciente quanto à necessidade de controle radiográfico.

307) Não será autorizada a perícia final de tratamento ou retratamento endodôntico no qual haja cone de guta percha ultrapassando o ápice radicular.

308) Constituem exceção à não-autorização de procedimento com extravasamento apical de cone de guta percha os casos em que estiver previsto cirurgia parendodôntica. O paciente deverá ser encaminhado à perícia inicial com laudo do cirurgião-dentista, que já contenha o planejamento da cirurgia, sua justificação e, quando for o caso, a previsão de que o cone de guta percha ultrapassará o ápice radicular objetivando a cirurgia.

309) Extravasamento de cimento para o periápice só será autorizado pela perícia final, se for de pequeno volume e se for emitido laudo do cirurgião-dentista contendo:

- a) especificação do tipo de cimento utilizado;
- b) responsabilização do profissional pelo acompanhamento;
- c) ciência do paciente ou de seu responsável.

310) O capeamento direto (código 3110) só será autorizado para definir a necessidade, ou não, do tratamento endodôntico, nos casos de pequena exposição pulpar. O paciente deverá fazer perícia final depois de 45 a 60 dias, com radiografias, inicial e final, e laudo do cirurgião dentista sobre a necessidade ou não do tratamento endodôntico. Observe-se que o código em questão não se confunde com o código 3210 (restauração provisória).

311) O clareamento (código 3130) só será autorizado em dentes anteriores até 2º pré molar, ou em casos que, comprovadamente, a estética comprometa a inserção social do paciente.

312) Restauração temporária (cod. 3210) só será paga quando for comprovada sua real necessidade, seja em atendimento de urgência ou após capeamento pulpar. Jamais como procedimento intermediário de tratamento ou retratamento endodôntico.

313) Drenagem de abscesso dentário via canal caracteriza atendimento de urgência (cod. 3220), mas difere do código 6870 (drenagem intra-oral de abscesso com colocação de dreno).

314) As apicetomias (cods. 3240 a 3290) só serão autorizadas quando não houver possibilidade de regressão da lesão via tratamento endodôntico.

315) Em caso de fratura de lima em canal radicular, a perícia final poderá autorizar o procedimento se o profissional houver obtido vedação do conduto e se for emitido laudo técnico circunstanciado pelo cirurgião-dentista, contendo:

- a) responsabilização do profissional pelo acompanhamento;
- b) ciência do paciente ou de seu responsável.

316) Não será autorizada a perícia final de tratamento ou retratamento endodôntico no qual haja ocorrido fratura de broca gates-gliden no canal.

317) No caso de elemento dentário que estiver se submetendo a tratamento endodôntico e vier a ser extraído, por qualquer motivo, antes da obturação do(s) canal(is), a endodontia será paga como pulpectomia (cod. 3220), sem prejuízo de eventuais trocas de curativos (cod. 3160) e radiografias (cod. 210) já executadas.

318) Em caso de perfuração, durante o tratamento ou retratamento endodôntico, deverá ser feita uma perícia intermediária em que o cirurgião-dentista enviará laudo técnico circunstanciado, contendo:

- a) solicitação de autorização do código 3090 (tratamento de perfuração);
- b) responsabilização do profissional pelo acompanhamento;
- c) ciência do paciente ou de seu responsável.

O profissional responsável também deverá enviar as radiografias necessárias à avaliação do caso e o orçamento odontológico do PlanAssiste com a inclusão do código a ser analisado pela perícia intermediária.

319) O código 3220 (Tratamento de urgência endodôntica) não exclui os códigos 0115 ou 0120.

320) Tratamento a serem realizados, em consultório ou clínica odontológica, com sedação (cód. 2390) devem ser encaminhados à perícia inicial acompanhados, obrigatoriamente, por laudo técnico circunstanciado que justifique a necessidade da sedação.

PERIODONTIA

Código	PROCEDIMENTO	CHO
4000	Tratamento não cirúrgico de periodontite leve (bolsas de até 4,5 mm) (por segmento: até 6) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 56, 401, 403, 404, 405, 410)	148
4010	Tratamento não cirúrgico de periodontite avançada (bolsas a partir de 4,5 mm) (por segmento: até 6) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 56, 401, 403, 404, 405, 411)	178
4020	Tratamento de processo agudo (por elemento) (P. final) (NORMA: 402)	185

4030	Controle de placa bacteriana (por sessão, máximo de: 2 p/ periodontite leve e 3 para avançada) (o “de acordo” do paciente ou responsável supre a necessidade de perícia inicial e final) (NORMAS: 401, 409, 410, 411)	73
4040	Dessensibilização dentinária (por segmento) (obrigatório apresentar laudo justificador da necessidade) (P. inicial) (NORMA: 403)	106
4050	Imobilização dentária com resina foto (por segmento) (P. inicial e P. final) (NORMA: 402, 403, 412)	258
4060	Ajuste oclusal (por sessão) (NORMA: 413)	118
4070	Remoção de fatores de retenção (identificação obrigatória no odontograma) (boca toda) (P. inicial e P. final) (NORMA: 402, 414)	160
4080	Placa de acrílico miorelaxante (P. inicial e P. final)	840
4090	Proervação pré cirúrgica (1 por orçamento, desde que haja previsão de procedimento cirúrgico) (NORMA: 415)	153
4100	Gengivectomia (por segmento) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 403, 415, 417, 418)	353
4110	Cirurgia a retalho (por segmento) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 403, 415, 417, 418)	353
4120	Sepultamento radicular (por raiz) <input type="checkbox"/> Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 402, 415, 417, 418)	353
4130	Cunha distal (por elemento)(P. inicial e P. final) (NORMAS: 415, 417, 418)	348
4140	Extensão de vestibulo (por segmento) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 403, 415, 417, 418)	353
4150	Enxerto pediculado (por elemento) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 415, 417, 418)	348
4160	Enxerto Livre (por elemento) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 415, 417, 418)	438
4165	Enxerto conjuntivo subepitelial (por elemento) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 415, 417, 418)	438
4170	Frenectomia (P. inicial e P. final) (NORMAS: 415, 417, 418)	279
4180	Bridectomia (P. inicial e P. Final) (NORMAS: 415, 417, 418)	305
4190	Odonto-seccção (por dente) <input type="checkbox"/> Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 402, 415, 417, 418, 420)	353
4200	Amputação radicular (por raiz) <input type="checkbox"/> Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 402, 415, 417, 418, 420)	353
4210	Amputação radicular com obturação retrógrada <input type="checkbox"/> Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 402, 415, 417, 418, 420)	402
4220	Manutenção do tratamento cirúrgico (1 por orçamento, desde que haja previsão de procedimento cirúrgico) (NORMA: 415, 417, 418)	153
4230	Retorno para reavaliação de tratamento não cirúrgico (NORMAS: 408)	120
4240	Tratamento regenerativo com enxerto de osso autógeno (por segmento) <input type="checkbox"/> Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 402, 403, 415, 417, 418)	449
4250	Aumento de coroa clínica (por elemento) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 402, 415, 417, 418)	353
4260	Exodontia <input type="checkbox"/> Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 402, 415, 417, 418)	166
4270	Exodontia a retalho <input type="checkbox"/> Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 402, 415, 417, 418)	195
4280	Exodontia de raiz residual <input type="checkbox"/> Rx inicial e Rx final (P. Inicial e P. final) (NORMAS: 402, 415, 417, 418)	166
4290	Remoção de dente incluso ou impactado <input type="checkbox"/> Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 402, 415, 417, 418)	420
4295	Alveoloplastia (por segmento) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 403)	350
4300	Ulotomia (P. inicial) (NORMAS: 415, 417, 418)	163

4310	Ulectomia □ Rx inicial (P. inicial) (NORMAS: 402, 415, 417, 418)	179
4320	Drenagem intra-oral de abscesso com colocação de dreno (P. final) (NORMAS: 2, 3, 4, 402)	300
4330	Apicetomia de incisivo ou canino, sem obturação retrógrada □ Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 402, 415, 417, 418, 419)	333
4340	Apicetomia de incisivo ou canino, com obturação retrógrada □ Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 402, 415, 417, 418, 419)	373
4350	Apicetomia de pré-molar, sem obturação retrógrada □ Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 402, 415, 417, 418, 419)	410
4360	Apicetomia de pré-molar, com obturação retrógrada □ Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 402, 415, 417, 418, 419)	452
4370	Apicetomia de molar, sem obturação retrógrada □ Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 402, 415, 417, 418, 419)	487
4380	Apicetomia de molar, com obturação retrógrada □ Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 402, 415, 417, 418, 419)	529
4390	Tratamento regenerativo com uso de barreira (P. inicial e P. final) (NORMAS: 402, 415, 417, 418)	960
4400	Tratamento regenerativo com materiais enxertantes (P. inicial e P. final) (NORMAS: 402, 415, 417, 418)	960
4410	Biópsia (NORMAS: 415, 417, 418)	250
4415	Retorno para acompanhamento de lesão bucal (máximo : 3 sessões) (P. inicial)	120
4420	Remoção de mucocele (NORMAS: 415, 417, 418)	340
4500	Halitometria	100
4510	Teste de fluxo salivar	100
4520	Teste de pH salivar	100
4530	Tratamento de halitose (P. inicial e P. final) (Normas: 400, 421, 422)	1287
4540	Sessão de sedação (laudo enviado à perícia inicial) (NORMAS: 423)	700

NORMAS:

400) A obrigatoriedade de execução de perícia inicial e/ou final está expressa ao lado da descrição de cada procedimento, portanto, em caso de omissão não há necessidade de que seja(m) feita(s).

O procedimento que não for autorizado pela perícia final deverá ser reavaliado pelo profissional responsável e devidamente ajustado às exigências do PLANASSISTE, no prazo de até 15 dias. A tolerância para reavaliação e adequação do procedimento é de dois retornos, sob pena de glosa do procedimento em caso de insatisfação após essas duas oportunidades.

401) Sempre que o controle da doença periodontal for feito em intervalo inferior a 06 meses o cirurgião-dentista deverá enviar laudo técnico que justifique a redução do controle semestral para quadrimestral ou trimestral.

402) A necessidade de apresentação de radiografia à perícia, seja inicial, seja final, está indicada ao lado da descrição de cada procedimento, quando exigida. Portanto, em caso de omissão do comando, a radiografia não é obrigatória, mas poderá ser necessária.

Controle de qualidade: é obrigatória a apresentação de radiografia com bom contraste, sem alongamento e sem corte de partes essenciais à avaliação do tratamento, sob pena de glosa do procedimento que dela depender.

Atenção: nos casos de dentes com mais de um conduto, a tomada radiográfica deve, obrigatoriamente, apresentar a dissociação de condutos sobrepostos, sob pena de glosa na perícia final.

403) Segmento é a área de canino a canino, ou de primeiro pré-molar a terceiro molar. Portanto, cada arcada possui três segmentos.

404) Periodontite leve (cod. 4000) é considerada a doença periodontal, com ou sem sangramento gengival, na qual há bolsas periodontais que medem até 4,5mm de profundidade. (Diagnósticos diferenciais: periodontite avançada: norma 405; gengivite: norma 56)

405) Periodontite avançada (cod. 4010) é considerada a doença periodontal, com ou sem sangramento gengival, na qual há bolsas periodontais que medem acima de 4,5mm de profundidade. (Diagnósticos diferenciais: periodontite leve: norma 404; gengivite: norma 56)

406) O paciente com periodontite avançada (cod. 4010) em mais de 02 segmentos deverá ser encaminhado para exame radiográfico completo em clínica radiológica, para melhor acompanhamento e planejamento do quadro.

407) Não poderão, em regra, constar no mesmo orçamento os códigos de tratamento não cirúrgico de periodontite leve ou avançada (cods. 4000 e 4010) com cirurgia a retalho (cod. 4110).

Excepcionalmente, a perícia poderá autorizar esses procedimentos concomitantemente, desde que haja laudo do profissional justificando a necessidade.

408) Após retorno para reavaliação (cod. 4230), que deverá ser realizado entre 30 e 45 dias (contados da finalização da terapia não cirúrgica), as cirurgias necessárias serão propostas em orçamento odontológico sujeito, obrigatoriamente, às perícias inicial e final.

409) O controle de placa bacteriana - CPB (cod. 4030) somente será autorizado pela perícia final se houver sido feita a revelação de placa bacteriana com corante específico.

410) No tratamento da periodontite leve (cod. 4000), será permitida a realização de, no máximo, 02 sessões de controle de placa bacteriana - CPB (cod. 4030), por orçamento.

411) No tratamento da periodontite avançada (cod. 4010), será permitida a realização de, no máximo, 03 sessões de controle de placa bacteriana - CPB (cod. 4030), por orçamento.

412) Para que a imobilização dental - splintagem (cod. 4050) possa ser autorizada pela perícia inicial, é obrigatório que o odontólogo emita laudo técnico que justifique a necessidade deste procedimento.

413) O ajuste oclusal (cod. 4060) só será autorizado pela perícia se houver comprovação clínica e/ou radiográfica de que há sobrecarga oclusal (observar norma 402).

414) O item remoção de fatores de retenção (código 4070) somente será aprovado quando houver cárie(s) ou excesso de restaurações, comprovados clínica ou radiograficamente (observar norma 402). É imprescindível a identificação, no odontograma, dos locais a serem adequados.

415) Os códigos 4090 e 4220 (proservação pré-cirúrgica e manutenção de tratamento cirúrgico) só serão autorizados em orçamentos que contenham procedimento de natureza cirúrgica contemplado por esta tabela.

416) A odonto-seccção (cod. 4190) não será autorizada para elemento que estiver com planejamento de extração.

417) Nas intervenções cirúrgicas periodontais já estão incluídos eventuais curativos pós-cirúrgicos.

418) O paciente não deverá, em hipótese alguma, ser encaminhado à perícia final com qualquer curativo sobre o locus cirúrgico, que impeça sua avaliação. Excepcionalmente será admitido o envio do paciente ainda com sutura.

419) As apicetomias (cods. 4330 a 4380) só serão autorizadas quando não houver possibilidade de regressão da lesão via tratamento endodôntico.

420) Na hipótese de fratura de ápice radicular durante exodontia de elemento dentário, o profissional responsável deve enviar à perícia um laudo técnico circunstanciado, e assinado pelo paciente ou por seu responsável, responsabilizando-se pelo acompanhamento do caso, salvo se já optar pela remoção cirúrgica do fragmento.

421) O protocolo do tratamento de halitose (cod. 4530) consiste em: 3 consultas, 2 orientações de higiene bucal e de dieta alimentar, 2 controles de placa bacteriana com uso de corante específico, 2 profilaxias, 1 halitometria, 1 teste de fluxo salivar e 1 teste de pH salivar.

422) A perícia inicial de tratamento de halitose (cod. 4530) somente será autorizada mediante a apresentação do resultado dos testes de fluxo salivar e de pH, bem como o de halitometria.

423) Tratamento a serem realizados, em consultório ou clínica odontológica, com sedação (cód. 4540) devem ser encaminhados à perícia inicial acompanhados, obrigatoriamente, por laudo técnico circunstanciado que justifique a necessidade da sedação.

PRÓTESE

Código	PROCEDIMENTO	CHO
5030	Ajuste oclusal protético (por sessão) (P. inicial e P. final) (NORMAS:500, 501, 502)	118
5040	Restauração metálica fundida <input type="checkbox"/> Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS:500, 501)	510
5060	Remoção de RMF ou coroa <input type="checkbox"/> Rx inicial (P. final) (NORMAS:500, 501)	94
5070	Recolocação de RMF ou coroa (P. final) (NORMAS:500, 501)	117
5080	Núcleo metálico fundido <input type="checkbox"/> Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS:500, 501)	340
5090	Coroa provisória (P. inicial) (NORMAS:500, 501)	198
5100	Coroa provisória prensada em resina (só p/ anteriores) (P. inicial) (NORMAS:500, 501)	410
5110	Reembasamento de provisório (P. inicial)(max.: 2 por elemento)(NORMAS:500, 501)	80
5120	Coroa de jaqueta acrílica <input type="checkbox"/> Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS:500, 501)	500
5130	Coroa de jaqueta: cerâmica pura <input type="checkbox"/> Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS:500, 501)	1.180
5140	Coroa metalo-cerâmica <input type="checkbox"/> Rx final (P. inicial e P. final)(NORMAS:500, 501)	1.040
5160	Coroa total metálica <input type="checkbox"/> Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS:500, 501)	585
5360	Placa de acrílico miorreaxante (P. inicial e P. final) (NORMAS:500, 501)	840
5390	Restauração provisória (urgência) (P. final) (NORMAS:500, 501, 503)	117
5400	Preparo para núcleo intrarradicular <input type="checkbox"/> Rx final (P. final) (NORMAS:500, 501)	95
5410	Inlay ou Onlay: cerômero (P. inicial e P. final) (NORMAS:500, 501)	895
5420	Inlay ou Onlay: empres (P. inicial e P. final) (NORMAS:500, 501)	1.180
5430	Núcleo cerâmico (só para dentes anteriores) <input type="checkbox"/> Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS:500, 501)	356
5440	Retentor intrarradicular pré-fabricado <input type="checkbox"/> Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS:500, 501)	286
5490	Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro (P. inicial) (só p/ dentes com endodontia e/ou prótese) (NORMAS:500, 501, 504)	239
5500	Núcleo de preenchimento em resina (P. inicial) (NORMAS:500, 501)	151
5510	Sessão de sedação (laudo enviado à perícia inicial) (NORMAS: 505)	700

NORMAS:

500) A obrigatoriedade de execução de perícia inicial e/ou final está expressa ao lado da descrição de cada procedimento, portanto, em caso de omissão, não há necessidade de sua realização.

O procedimento que não for autorizado pela perícia final deverá ser reavaliado pelo profissional responsável e devidamente ajustado às exigências do PlanAssiste, no prazo de até 15 dias. A tolerância para reavaliação e adequação do procedimento é de dois retornos, sob pena de glosa do procedimento em caso de insatisfação após essas duas oportunidades.

501) A necessidade de apresentação de radiografia à perícia, seja inicial, seja final, está indicada ao lado da descrição de cada procedimento, quando exigida. Portanto, em caso de omissão do comando, a radiografia não é obrigatória, mas poderá ser necessária.

Controle de qualidade: é obrigatória a apresentação de radiografia com bom contraste, sem alongamento e sem corte de partes essenciais à avaliação do tratamento, sob pena de glosa do procedimento que dela depender.

As radiografias devem ser enviadas à perícia em cartão que contenha nome completo do paciente, número do dente e data.

502) O ajuste oclusal (cod. 5030) será aprovado apenas se houver comprovação clínica e/ou radiográfica de trauma oclusal e após autorização da perícia inicial.

503) Restauração temporária (cod. 5390) só será paga quando for comprovada sua real necessidade, seja em atendimento de urgência, seja após capeamento pulpar, por exemplo.

504) Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro (cod. 5490), ou em resina (cod. 5500), só será autorizado para dentes tratados endodonticamente e/ou que receberão tratamento protético.

505) Tratamento a serem realizados, em consultório ou clínica odontológica, com sedação (cód. 5510) devem ser encaminhados à perícia inicial acompanhados, obrigatoriamente, por laudo técnico circunstanciado que justifique a necessidade da sedação.

CIRURGIA

Código	PROCEDIMENTO	CHO
6010	Exodontia <input type="checkbox"/> Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601, 605)	180
6020	Exodontia a retalho <input type="checkbox"/> Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601, 605)	210
6030	Exodontia de raiz residual <input type="checkbox"/> Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601, 605)	180
6040	Alveoloplastia (por segmento) (P. inicial e P. final)	350
6050	Ulotomia (P. inicial) (NORMAS: 600, 601)	163
6060	Ulectomia <input type="checkbox"/> Rx inicial (P. inicial) (NORMAS: 600, 601)	179
6110	Apicetomia de incisivo ou canino: sem obturação retrógrada <input type="checkbox"/> Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601, 602)	333
6120	Apicetomia de incisivo ou canino: com obturação retrógrada <input type="checkbox"/> Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601, 602)	373
6130	Apicetomia de pré-molar: sem obturação retrógrada <input type="checkbox"/> Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601, 602)	410
6140	Apicetomia de pré-molar: com obturação retrógrada <input type="checkbox"/> Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601, 602)	452
6150	Apicetomia de molar: sem obturação retrógrada <input type="checkbox"/> Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601, 602)	487
6160	Apicetomia de molar: com obturação retrógrada <input type="checkbox"/> Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601, 602)	529
6170	Frenectomia (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601)	279
6190	Bridectomia (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601)	305
6200	Remoção de dente incluso ou impactado <input type="checkbox"/> Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601, 605)	498
6300	Tratamento de lesão cística (enucleação ou marsupialização) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601, 604)	655
6310	Excisão de mucocele (NORMAS: 600, 601, 604)	380
6320	Excisão de rânula (NORMAS: 600, 601, 604)	1.500
6330	Biópsia	250
6340	Retorno para acompanhamento de lesão bucal (máximo : 3 sessões) (P. inicial)	120
6400	Reimplante de dente permanente (por elemento) <input type="checkbox"/> Rx inicial e Rx final (P. final) (NORMAS: 600, 601)	435
6850	Manutenção do tratamento cirúrgico (1 por orçamento, desde que haja procedimento cirúrgico previsto) (NORMAS: 600, 601)	153
6860	Proservação pré-cirúrgica (1 por orçamento, desde que haja procedimento cirúrgico previsto)	153
6870	Drenagem intra-oral de abscesso com colocação de dreno (P. final) (NORMAS: 2, 3, 4, 313, 600, 601, 603)	300

6880	Sessão de sedação (laudo enviado à perícia inicial) (NORMAS: 606)	700
------	---	-----

NORMAS:

600) A obrigatoriedade de execução de perícia inicial e/ou final está expressa ao lado da descrição de cada procedimento, portanto, em caso de omissão não há necessidade de que seja(m) feita(s).

O procedimento que não for autorizado pela perícia final deverá ser reavaliado pelo profissional responsável e devidamente ajustado às exigências do PLANASSISTE, no prazo de até 15 dias. A tolerância para reavaliação e adequação do procedimento é de dois retornos, sob pena de glosa do procedimento em caso de insatisfação após essas duas oportunidades.

601) A necessidade de apresentação de radiografia à perícia, seja inicial, seja final, está indicada ao lado da descrição de cada procedimento, quando exigida. Portanto, em caso de omissão do comando, a radiografia não é obrigatória, mas poderá ser necessária.

Controle de qualidade: é obrigatória a apresentação de radiografia com bom contraste, sem alongamento e sem corte de partes essenciais à avaliação do tratamento, sob pena de glosa do procedimento que dela depender.

602) As apicetomias (cods. 6110 a 6160) só serão autorizadas quando não houver possibilidade de regressão da lesão via tratamento endodôntico.

603) A drenagem intra-oral de abscesso (código 6870) não se refere a drenagem de abscesso via canal (ver norma 313).


604) O material resultante de tratamento de lesão cística (cod. 6300), excisão de mucocele (cod. 6310), excisão de rânula (cod. 6320), deve ser encaminhado para biópsia.

605) Na hipótese de fratura de ápice radicular durante exodontia de elemento dentário, o profissional responsável deve enviar à perícia um laudo técnico circunstanciado, e assinado pelo paciente ou por seu responsável, responsabilizando-se pelo acompanhamento do caso, salvo se já optar pela remoção cirúrgica do fragmento.

606) Tratamento a serem realizados, em consultório ou clínica odontológica, com sedação (cód. 6880) devem ser encaminhados à perícia inicial acompanhados, obrigatoriamente, por laudo técnico circunstanciado que justifique a necessidade da sedação.

LEGENDA DAS NORMAS:

- 1 a 19 → Consultas
- 20 a 39 → Radiologia
- 40 a 49 → Testes de Laboratório
- 50 a 69 → Prevenção
- 100 a 199 → Odontopediatria
- 200 a 299 → Dentística
- 300 a 399 → Endodontia
- 400 a 499 → Periodontia
- 500 a 599 → Prótese
- 600 a 699 → Cirurgia

		Ministério Público da União Programa de Saúde e Assistência Social – PLAN-ASSISTE				Foto	
FICHA DE INSCRIÇÃO DE TITULAR							
1 - DADOS DO(A) TITULAR (Preencher com letra de forma)							
1 – Ramo do MPU		MPDFT	MPF	MPM	MPT	2 – Matrícula	
3 – Situação funcional						4 – Atividade	
Procurador	Quadro	Requisitado	Contratado	Pensão por	Ativo	Inativo	Óbito
		Permanente					
5 – Nome							
6 – Nome do pai							

7 – Nome da mãe				
8 – Sexo	9 – Estado civil	10 - Nacionalidade	11 - Naturalidade	12 - UF
13 – Data de nascimento	14 – CPF	15 - Identidade		16 – Órgão emissor/UF
17 – Endereço				
18 – Bairro		19 – Cidade		20 – UF
21 – CEP	22 – Telefone residencial	23 – Telefone celular	24 – Lotação	25 – Ramal
26 – Endereço eletrônico (e-mail)				27 – Opção pela Unimed
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
28 – Data de inscrição	29 – Data de admissão	30 - Banco	31 - Agência	32 – Conta-corrente

2 – SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO COMO BENEFICIÁRIO

Solicito minha inscrição como beneficiário do PLAN-ASSISTE, declarando que as informações prestadas são a expressão da verdade, sob pena de responsabilizar-me por declarações falsas.

Assino ciente de que a vinculação cessará, a meu pedido, ou por afastamento, demissão, exoneração ou perda da condição de pensionista.

Declaro ter recebido cópia do Regulamento Geral do PLAN-ASSISTE e da Norma Complementar nº 1 do Conselho Gestor, de 21 de dezembro de 2007, e declaro estar ciente e concordar com as normas do Programa de Saúde.

Autorizo também o PLAN-ASSISTE a promover os meios necessários com vista a efetuar o desconto sobre minha remuneração/proventos, de acordo com o previsto no Regulamento Geral.

Local e Data	Assinatura do titular

3 – PARA USO EXCLUSIVO DO PLAN-ASSISTE

<input type="checkbox"/>	Cédula de identidade funcional (cópia)
<input type="checkbox"/>	Comprovante de remuneração percebida no Órgão cedente ou cessionário
<input type="checkbox"/>	Duas fotos 3 x 4
<input type="checkbox"/>	Inscrição sem carência
<input type="checkbox"/>	Inscrição com carência até ____/____/____

Preenchido e conferido conforme as informações e documentação apresentada

Data	Assinatura/Carimbo



Ministério Público da União
Programa de Saúde e Assistência Social – PLAN-ASSISTE

FICHA DE INSCRIÇÃO DE DEPENDENTES

PREENCHER COM LETRA DE FORMA.

1 - DADOS DO(A) TITULAR (Preencher com letra de forma)

1 – Nome do titular												2 – Matrícula																							
2 – DADO(S) DO(S) DEPENDENTE(S)																																			
1 – Nome												2 – Opção pela Unimed																							
												<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																							
3 – Tipo de dependência																																			
Cônjuge												Companheiro(a)												Pai, mãe, padrasto ou madrasta											
Filho(a)/enteado(a) dependente												Filho(a)/enteado(a) até 24 anos, estudante												Pessoa sob guarda ou tutela (até 18 anos),											
perante a legislação tributária												dependente perante a legislação tributária												dependente perante a legislação tributária											
4 – Data de nascimento				5 – Data de inscrição				6 – Sexo				7 – Naturalidade				8 – É estudante? (S/N)																			
9- Estado civil						10 – CPF						11- Identidade						12 – Órgão emissor/UF																	
13 – Nome da mãe												14 – Nome do pai																							
1 – Nome												2 – Opção pela Unimed																							
												<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																							
3 – Tipo de dependência																																			
Cônjuge												Companheiro(a)												Pai, mãe, padrasto ou madrasta											
Filho(a)/enteado(a) dependente												Filho(a)/enteado(a) até 24 anos, estudante												Pessoa sob guarda ou tutela (até 18 anos),											
perante a legislação tributária												dependente perante a legislação tributária												dependente perante a legislação tributária											
4 – Data de nascimento				5 – Data de inscrição				6 - Sexo				7 – Naturalidade				8 – É estudante? (S/N)																			
9- Estado civil						10 – CPF						11- Identidade						12 – Órgão emissor/UF																	
13 – Nome da mãe												14 – Nome do pai																							
3 – TERMO DE RESPONSABILIDADE																																			
<p>Pelo presente termo de responsabilidade, declaro que meus beneficiários dependentes cumprem as condições estabelecidas no Regulamento Geral do Plan-Assiste e na Norma Complementar nº 1 do Conselho Gestor, de 21 de dezembro de 2007.</p> <p>Declaro estar ciente de que deverei comunicar de imediato a ocorrência dos seguintes fatos que determinam a exclusão do(s) dependente(s) indicado(s): maioridade de filho; óbito do dependente; cessação de invalidez de filho inválido; perda do pátrio poder, da guarda ou da tutela de menor; desquite, divórcio ou separação.</p> <p>Estou ciente, ainda, de que a falta de cumprimento do compromisso ora assumido sujeitar-me-á às penalidades previstas em norma específica e no Regulamento Geral do PLAN-ASSISTE.</p>																																			
Local e Data												Assinatura do titular																							
4 – PARA USO EXCLUSIVO DO PLAN-ASSISTE																																			
Cópia da certidão de registro civil do(s) dependente(s)																																			
Uma foto 3 x 4																																			

Comprovação das condições exigidas na Norma Complementar nº 1 relativas à vida em comum, renda, escolaridade, guarda ou tutela	
e Imposto de Renda	
Inscrição sem carência	
Inscrição com carência até / /	
Preenchido e conferido conforme as informações e documentação apresentada	
Data	Assinatura/Carimbo



Ministério Público da União
Programa de Saúde e Assistência Social – PLAN-ASSISTE

FICHA DE INSCRIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS ESPECIAIS

PREENCHER COM LETRA DE FORMA.

1 - DADOS DO(A) TITULAR

1 – Nome do titular	3 – Matrícula
---------------------	---------------

2 – DADO(S) DO(S) DEPENDENTE(S)

1 – Nome	2 – Opção pela Unimed		
	<table border="1"> <tr> <td>Sim</td> <td>Não</td> </tr> </table>	Sim	Não
Sim	Não		

3 – Tipo de dependência

Filhos/enteados até 24 anos, não dependentes perante a legislação tributária, solteiros e não estudantes	Filhos/enteados acima de 24 anos, solteiros e dependentes econômicos	Pessoas sob curatela e dependentes econômicos
--	--	---

Pessoas solteiras, sem rendimentos, entre 18 e 21 anos (ex-guarda ou tutela)	Pessoas solteiras, sem rendimentos e estudantes, entre 21 e 24 anos (ex-guarda ou tutela)
--	---

4 – Data de nascimento	5 – Data de inscrição	6 - Sexo	7 – Naturalidade	8 – É estudante? (S/N)
------------------------	-----------------------	----------	------------------	------------------------

9- Estado civil	10 – CPF	11- Identidade	12 – Órgão emissor/UF
-----------------	----------	----------------	-----------------------

13 – Nome do pai	14 – Nome da mãe
------------------	------------------

1 – Nome	2 – Opção pela Unimed		
	<table border="1"> <tr> <td>Sim</td> <td>Não</td> </tr> </table>	Sim	Não
Sim	Não		

3 – Tipo de dependência

Filhos/enteados até 24 anos, não dependentes perante a legislação tributária, solteiros e não estudantes	Filhos/enteados acima de 24 anos, solteiros e dependentes econômicos	Pessoas sob curatela e dependentes econômicos
--	--	---

Pessoas solteiras, sem rendimentos, entre 18 e 21 anos (ex-guarda ou tutela)	Pessoas solteiras, sem rendimentos e estudantes, entre 21 e 24 anos (ex-guarda ou tutela)
--	---

4 – Data de nascimento	5 – Data de inscrição	6 - Sexo	7 – Naturalidade	8 – É estudante? (S/N)
------------------------	-----------------------	----------	------------------	------------------------

9- Estado civil	10 – CPF	11- Identidade	12 – Órgão emissor/UF
13 – Nome do pai		14 – Nome da mãe	
3 – TERMO DE RESPONSABILIDADE			
<p>Pelo presente termo de responsabilidade declaro estar ciente de que deverei comunicar de imediato a ocorrência dos seguintes fatos que determinam a exclusão do(s) dependente(s) indicado(s): óbito do dependente; cessação de invalidez de filho inválido; perda do pátrio poder; da guarda ou da tutela de menor.</p> <p>Estou ciente de que a minha contribuição mensal sofrerá o acréscimo, por dependente incluso, de 1,5% da maior remuneração do cargo de analista do Ministério Público da União, considerando-se para este fim o somatório do vencimento básico e GAMP (art. 1º, § 8º, da Norma Complementar nº 1 do Regulamento Geral do Plan-Assiste).</p> <p>Estou ciente ainda de que a falta de cumprimento do compromisso ora assumido sujeitar-me-á às penalidades previstas em norma específica e no Regulamento Geral do PLAN-ASSISTE.</p>			
Local e Data		Assinatura do titular	
3 – PARA USO EXCLUSIVO DO PLAN-ASSISTE			
<input type="checkbox"/>	Cópia da certidão de registro civil do(s) dependente(s)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Uma foto 3 x 4	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Comprovação das condições exigidas na Norma Complementar nº 1 relativas à vida em comum, renda, escolaridade, guarda ou tutela		
<input type="checkbox"/>	e Imposto de Renda		
<input type="checkbox"/>	Inscrição sem carência	<input type="checkbox"/>	Inscrição com carência até / /
Preenchido e conferido conforme as informações e documentação apresentada			
Data		Assinatura/Carimbo	

DESLIGAMENTO DO PLAN-ASSISTE

Venho pelo presente solicitar o desligamento do PROGRAMA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO do(s) beneficiário(s) abaixo indicado(s). Os débitos em meu nome porventura existentes deverão ser descontados conforme a opção assinalada.

Declaro estar ciente de que o eventual reingresso ao PLAN-ASSISTE somente poderá ocorrer após 06 (seis) meses a partir desta data, com observância da carência de 03 (três) meses e, no caso de reinclusão do titular, do pagamento da contribuição suplementar, somada à contribuição mensal, conforme o art. 4º da Norma Complementar nº 1 do CONSELHO GESTOR DO PLAN-ASSISTE, de 21 de dezembro de 2007.

PREENCHER COM LETRA DE FORMA.

NOME	MATRÍCULA

DESLIGAMENTO

() Do titular e dependentes - Devolução de carteira/cartões () SIM () Do(s) dependente(s) abaixo
() NÃO indicado(s)

DEPENDENTE	PARENTESCO	DEVOLUÇÃO DE CARTEIRA/CARTÃO	
		SIM	NÃO

MOTIVO DO DESLIGAMENTO	OPÇÃO DE QUITAÇÃO DOS DÉBITOS
	() Integral () Parcelamento


Caso a carteira ou cartões não sejam devolvidos, assumo total responsabilidade por qualquer despesa realizada junto à rede credenciada advinda do uso ilegal do(s) mesmo(s). Estou ciente de que esta cláusula somente será anulada com a devolução desses itens, sem contudo implicar no cancelamento da despesa porventura efetuada.

LOCAL E DATA	ASSINATURA

PARA USO DO PLAN-ASSISTE

Declaro que o(s) beneficiário(s) acima relacionados foi(foram) desligado(s) do Plan-Assiste nesta data.

LOCAL E DATA	ASSINATURA E CARIMBO

	Ministério Público da União Programa de Saúde e Assistência Social – PLAN-ASSISTE	REQUERIMENTO 2ª VIA DE CARTÕES/ CARTEIRAS
---	--	---

PREENCHER COM LETRA DE FORMA.

MATRÍCULA	TITULAR

Solicito a confecção de novos cartões/carteiras conforme abaixo discriminado, pelo motivo: _____

Cartão/Carteira Plan-Assiste

Cartão/Carteira Unimed

Titular

Dependente(s) abaixo indicado(s):

DEPENDENTE	PARENTESCO

DEPENDENTE	PARENTESCO

Local e data

Assinatura do titular

***TERMO DE COMPROMISSO PARA
CURSO DE FORMAÇÃO***

PREENCHER COM LETRA DE FORMA.

PERMANÊNCIA NO PROGRAMA CONFORME ART.8º DO REGULAMENTO GERAL DO PLAN-ASSISTE

NOME _____	MATRÍCULA _____
ÓRGÃO DO CURSO DE FORMAÇÃO _____	TELEFONE _____
CARGO _____	VALOR DA BOLSA (ANEXAR COMPROVANTE) _____


De acordo com o Art. 8º do Regulamento Geral do Plan-Assiste, solicito minha permanência como beneficiário deste Programa de Saúde durante o período de minha participação em curso de formação;

Estou ciente de que o atraso no pagamento das parcelas devidas acarretará minha exclusão imediata deste Programa de Saúde;

Estou ciente de que o valor das parcelas de contribuição e custeio em favor do Plan-Assiste serão calculadas com base no valor da bolsa do Curso de Formação e de acordo com o Regulamento Geral do Plan-Assiste;

Comprometo-me a proceder ao pagamento das parcelas de contribuição mensal e custeio, quando houver, por meio de depósito na conta corrente nº _____, agência _____, do Banco do Brasil, em favor do Plan-Assiste.

LOCAL E DATA _____	ASSINATURA _____
--------------------	------------------

	Ministério Público da União	REQUERIMENTO
	Programa de Saúde e Assistência Social – PLAN-ASSISTE	AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO

PREENCHER COM LETRA DE FORMA.

MATRÍCULA	NOME		
LOTAÇÃO	TELEFONE	ACUMULA CARGO OU EMPREGO PÚBLICO?	
		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

Pelo presente, venho requerer o Auxílio Alimentação, na forma da portaria PGR nº 666 de 12 de dezembro de 1996 (Regulamento do Programa de Auxílio Alimentação). Para isso, declaro não perceber, por meu intermédio, benefício idêntico em outro Órgão da Administração Pública Direta e Indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

É necessária a apresentação de uma declaração de não recebimento do mesmo auxílio pelo Órgão de origem, cedente ou cessionário.

LOCAL E DATA	ASSINATURA
--------------	------------

Observações:

1 - Decreto-Lei nº 2.848, de 07-12-1940 (Código Penal Brasileiro).

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração, que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena – reclusão, de 1(um) a 5(cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1(um) a 3(três) anos, se o documento é particular.

Parágrafo Único – Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

2 - Anexo à Port. PGR nº 666, de 12-12-1996.

Parágrafo único, do Art. 2º – O membros e servidores que acumulem cargos na forma da Constituição, farão jus à percepção de um único Auxílio-Alimentação, mediante opção.


Art. 5º – O Auxílio-Alimentação a ser concedido ao servidor, cuja jornada de trabalho seja inferior a trinta horas semanais,

corresponderá a cinquenta por cento dos valores praticados no Ministério Público da União.

§ 1º – Na hipótese de acumulação de cargos cuja soma das jornadas de trabalho seja superior a trinta horas semanais, o servidor

perceberá o auxílio pelo seu valor integral, a ser pago pelo órgão ou entidade de sua opção.

Art. 8º – O servidor requisitado poderá optar pela percepção do Auxílio-Alimentação pelo Ministério Público da União.

	Ministério Público da União	REQUERIMENTO
	Programa de Saúde e Assistência Social – PLAN-ASSISTE	AUXÍLIO PRÉ-ESCOLAR

PREENCHER COM LETRA DE FORMA.

MATRÍCULA	NOME		
LOTAÇÃO	TELEFONE	O CÔNJUGE É SERVIDOR(A) PÚBLICO(A)?	
		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO


 MEMBRO SERVIDOR DO QUADRO FC/CC _____

 SERVIDOR CONTRATADO REQUISITADO (anexar declaração de não recebimento do auxílio pelo Órgão de origem)

DEPENDENTE	DATA NASC.	DOCUMENTAÇÃO

Pelo presente, venho requerer o Auxílio Pré-Escolar para os dependentes discriminados acima, em conformidade com a Portaria PGR nº 766 de 26 de outubro de 1994 e anexos, e declaro não perceber, por meu intermédio ou de outra pessoa, benefício idêntico em outro Órgão da Administração Pública Direta e Indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

LOCAL E DATA	ASSINATURA
OBSERVAÇÕES	
PARA USO DO PLAN-ASSISTE	
Preenchido e conferido conforme documentação exigida e apresentada.	
DATA	ASSINATURA E CARIMBO

	Ministério Público da União	REQUERIMENTO
	Programa de Saúde e Assistência Social – PLAN-ASSISTE	AUXÍLIO-TRANSPORTE

PREENCHER COM LETRA DE FORMA.

MATRÍCULA	NOME
LOTAÇÃO	TELEFONE
ENDEREÇO RESIDENCIAL	
<input type="checkbox"/> PRIMEIRA SOLICITAÇÃO <input type="checkbox"/> RECADASTRAMENTO / ATUALIZAÇÃO	

DADOS DO TRANSPORTE UTILIZADO PARA O DESLOCAMENTO RESIDÊNCIA - TRABALHO - RESIDÊNCIA

TIPO DE TRANSPORTE	PERCURSO DO DESLOCAMENTO	VALOR DA TARIFA
		R\$
		R\$
		R\$
		R\$
		R\$
		R\$
VALOR DIÁRIO DAS DESPESAS REALIZADAS COM TRANSPORTE COLETIVO		R\$

DECLARAÇÃO E TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Pelo presente, venho requerer o benefício do Auxílio Transporte, na forma da Portaria PGR nº 869, de 28/12/98 (Regulamento do Programa de Auxílio Transporte).

Comprometo-me a informar imediatamente ao PLAN-ASSISTE alterações de lotação e de endereço residencial. Estou ciente de que responderei civil, criminal e administrativamente por prestar informações incorretas ou falsas.

LOCAL E DATA	ASSINATURA
--------------	------------

OBSERVAÇÕES:

1 – O servidor requisitado deve apresentar cópia do contra-cheque do Órgão de origem e declaração de não recebimento de auxílio similar.


2 – Anexo à Portaria PGR nº 869, de 28-12-1998.

Art. 4º O valor mensal do Auxílio-Transporte será apurado a partir da diferença entre as despesas realizadas e o desconto de 6% (seis por cento) do vencimento do cargo efetivo ocupado pelo servidor, ainda que ocupante de cargo em comissão ou de natureza especial.

§ 1º Para fins de desconto considerar-se-á como base de cálculo o valor do vencimento proporcional a vinte e dois dias.

§ 2º Não fará jus ao Auxílio-Transporte o servidor que realizar despesas com transporte coletivo igual ou inferior ao desconto previsto neste artigo.

Art. 5º O Auxílio-Transporte não será devido quando o deslocamento do servidor residência-trabalho for proporcionado pelo Órgão por meio próprio ou contratados, ou quando perceber cumulativamente benefício de espécie semelhante.

	Ministério Público da União Programa de Saúde e Assistência Social – PLAN-ASSISTE	DESLIGAMENTO DE BENEFÍCIO
---	--	------------------------------

PREENCHER COM LETRA DE FORMA.

MATRÍCULA	NOME
-----------	------

MATRÍCULA	NOME
LOTAÇÃO	TELEFONE

MARCAR ABAIXO O(S) AUXÍLIO(S) DO QUAL ESTÁ SENDO SOLICITADO O DESLIGAMENTO:

- AUXÍLIO-TRANSPORTE (Portaria PGR nº 869, de 28 de dezembro de 1998)
- AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO (Portaria PGR nº 666, de 12 de dezembro de 1996)
- AUXÍLIO PRÉ-ESCOLAR (Portaria PGR nº 766, de 26 de outubro de 1994)

No caso de auxílio pré-escolar, indicar abaixo o dependente de quem o benefício será desligado:

DEPENDENTE	DATA NASC.

LOCAL E DATA	ASSINATURA
--------------	------------

Observações

COMISSÃO DIRETORA DO PROGRAMA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO – PLAN-ASSISTE

Orientação Normativa nº 01, de 23 de maio de 2008.

Altera a ON 02/2007, que unifica a rede credenciada do PLAN-ASSISTE dos quatro ramos do MPU

OS DIRETORES EXECUTIVOS DO PLAN-ASSISTE DOS QUATRO RAMOS DO MPU, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 50, inciso III e IV, da Portaria PGR 629, de 06 de dezembro de 2007, e em conformidade com a Portaria PGR Nº 296 de 14 de junho de 2007, resolvem:

Art. 1º Os arts. 2º e 3º da Orientação Normativa 01 de 29 de junho de 2007, passam a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 2º.....

.....

IV - caso o credenciado aceite, o PLAN-ASSISTE do ramo do MPU que tiver um prazo maior para renovação contratual irá efetuar aditivo adequando o Termo de Credenciamento à Portaria PGR Nº 296, e, os demais ramos irão assinar Termo de Adesão, em conformidade com a mesma Portaria, quando do vencimento do respectivo Termo.

IV-A – o aditivo contratual será dispensado, nos casos em que o Termo de Credenciamento possuir cláusula que obriga o credenciado a celebrar um novo Termo com os demais ramos do MPU.

“Art. 3º

.....

§ 2º

.....

II – realizar prévia vistoria técnica das instalações e equipamentos, auferindo as condições de uso e conservação. As vistorias técnicas reprovadas, a critério da COMISSÃO DIRETORA, poderão ser apreciadas pela CÂMARA TÉCNICA DE SAÚDE.

.....

.....

§ 6º As alterações efetuadas nos Termos de Credenciamentos (aditivos, pacotes, etc) deverão ser imediatamente encaminhadas aos demais ramos do MPU.

Art. 2º Esta Orientação Normativa entra em vigor a partir desta data.

Orientação Normativa nº 02, de 23 de maio de 2008.

Altera os critérios para cobertura de cirurgias refrativas

A COMISSÃO DIRETORA DO PLAN-ASSISTE/MPU, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 50, inciso III e IV, da Portaria PGR 629, de 06 de dezembro de 2007, e em conformidade com o art. 31, inciso XIX do Regulamento Geral, resolve:

Art. 1º A cirurgia refrativa (PRK ou LASIK) passa a ser coberta pelo Programa para os beneficiários acima de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, com:

1. Miopia moderada e grave, de graus entre -5,0 a - 10,0, com ou sem astigmatismo associado com grau até - 4,0; ou

2. Hipermetropia até grau 6,0, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0.

Parágrafo único, Os beneficiários que não possuírem as condições acima poderão realizar o procedimento cirúrgico conforme disposto no art. 31, parágrafo único do Regulamento Geral, sendo as despesas custeadas integralmente pelo titular.

Art. 2º Esta Orientação Normativa entra em vigor a partir desta data.

MARCIO LIMA MEDEIROS
Diretor Executivo/MPF

ANGELA MARIA GAZETTA DE FRIAS
Diretora Executiva/MPT

ALEXANDRE TEIXEIRA DE OLIVEIRA
Diretor Executivo/MPM

HERBERT DUTRA DA SILVA
Diretor Executivo/MPDFT

E X P E D I E N T E

**MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO
SECRETARIA GERAL
SECRETARIA DE ACOMPANHAMENTO DOCUMENTAL E PROCESSUAL**

**Boletim de Serviço nº 06 - Ano XXI
Suplemento – junho de 2008**

**SAF/SUL QUADRA 04 LOTE 03
CEP: 70050-900 - Brasília/DF**

Telefone: 3105-5909

Fac-Símile: 3105-6373

E-mail: *publica@pgr.mpf.gov.br*

Endereço Eletrônico: *Intranet Nacional do MPF/Comunicações Administrativas*

Diagramação: Sérgio Augusto F. Marques
Chefe da Seção de Editoração Gráfica e Eletrônica

Responsável: Zaroni Barbosa Junior
Coordenador de Comunicações Administrativas